

DKV PROFESIONAL

ALLGEMEINE VERTRAGSBEDINGUNGEN



**WIR WOLLEN SICHERHEIT,
ZU JEDER ZEIT!**

Versicherungsvertrag
DKV Profesional

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

Gezeichnetes und eingezahltes Kapital: 66 110 000 Euro

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E., eingetragen im Sonderregister der spanischen Generaldirektion für Versicherungswesen und Rentenfonds, aufgrund Ministerialerlass vom 12. Juli 1956. Sitz der Gesellschaft: Torre DKV, Avenida Maria Zambrano Nr. 31, 50018 Zaragoza (Spanien). Handelsregister von Saragossa, Band 1.711, Bogen 214, Blatt Z-15.152.
Span. Steuer-ID C.I.F. A-50004209.

Mod. RE CON-12003
2DNP1.CG/26_V20a
Aktualisierte Ausgabe Januar 2022

Der gesamte Inhalt dieses Vertrages und seiner Anhänge unterliegt dem Copyright von DKV Seguros. Die teilweise oder vollständige Wiedergabe des Inhalts ohne vorherige Genehmigung ist untersagt. Alle Rechte vorbehalten.

DKV Seguros stellt dieses Schriftstück allen zur Verfügung, die es zur Durchsicht und zum Nachschlagen anfordern, auch dann, wenn kein konkreter Wunsch nach einem Versicherungsabschluss vorhanden ist. Damit soll zur Verständlichkeit und Transparenz der Informationen von DKV Seguros und der Fachsprache der Versicherungsbranche im Allgemeinen beigetragen werden.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

Wir beantworten Ihre Fragen **5**

Zusätzliche Gesundheitsdienstleistungen **21**

- 22** 1. Ärztliche Fernberatung
 - 25** 2. Digitale Gesundheitsleistungen: App Quiero cuidarme Más (QC+)
 - 28** 3. Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit
 - 29** 4. DKV Call Center zur Kundenbetreuung
-

DKV Club Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) **30**

- 32** 1. Club DKV Salud y Bienestar Premium (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden Premium)
-

Bedingungen Allgemeines **39**

- 40** 1. Einleitende Klausel
- 42** 2. Grundlegende Konzepte, Definitionen
- 58** 3. Modalität und Umfang der Versicherung
- 58** 3.1 Krankenversicherung
- 116** 3.2 Versicherungsschutz bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausaufenthalt
- 142** 3.3 Unfallversicherung
- 157** 3.4 Sterbeversicherung
- 158** 4. Grundlegende Bestimmungen des Vertrages
- 158** 4.1 Abschluss des Vertrags und Laufzeit der Versicherung
- 160** 4.2 Weitere Verpflichtungen, Pflichten und Aufgaben sowie Befugnisse des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person
- 161** 4.3 Weitere Verpflichtungen der Versicherung DKV Seguros bei Abschluss der Krankenversicherung

- 161** 4.4 Bezahlung der Versicherung (Beiträge oder Prämien genannt)
- 164** 4.5 Verlust von Rechten
- 164** 4.6 Aussetzung und Beendigung des Versicherungsvertrages
- 165** 4.7 Mitteilungen
- 166** 4.8 Steuern und Gebühren
- 166** 4.9 Neubewertung von Prämien, Leistungen und Entschädigungen für die Versicherungsdienstleistungen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausaufenthalt, Unfällen und Todesfällen
- 166** 4.10 Verjährung und Gerichtsbarkeit

Anhang I:	Reiseversicherung	168
Anhang II:	Ergänzende Versicherungsdienstleistungen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausaufenthalt, Unfällen und Todesfällen	177

**Wir beantworten
Ihre Fragen**

Die hier vorliegenden Allgemeinen Vertragsbedingungen erlauben es Ihnen, die Einzelheiten des Rahmens des Vertrags kennenzulernen, den Sie mit DKV Seguros eingehen, wenn Sie diese Versicherung annehmen.

In diesem Dokument klären wir einen Großteil der Fragen, die sich bei Nutzung der Versicherung stellen könnten.

In diesem Kapitel versuchen wir, klare und einfache Antworten auf einige der Fragen zu geben, die unsere Versicherten am häufigsten an uns richten. Wir hoffen, dass diese für Sie von Nutzen sind.

Zum Vertrag

Aus welchen Dokumenten setzt sich der Versicherungsvertrag zusammen?

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

Welche Bedeutung haben die Vertragsbedingungen?

In den Allgemeinen Vertragsbedingungen und den Besonderen Vertragsbedingungen sind die Rechte und Pflichten enthalten, die DKV Seguros hat und auch diejenigen des Versicherten oder desjenigen, der den Versicherungsvertrag abschließt.

Welche Unterlagen übergeben wir Ihnen beim Abschluss Ihrer Versicherung?

Die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, die Versichertenkarte DKV MEDICARD® für jede versicherte Person und die Information über das Ärzte- und Klinikverzeichnis des „DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen“ von DKV Seguros, sofern Sie eine Krankenversicherung abgeschlossen haben.

Überprüfen Sie, ob Ihre persönlichen Daten richtig übernommen wurden.

Was sind die vertraglich vereinbarten Deckungen?

Nur diejenigen, die in den Besonderen Vertragsbedingungen aufgeführt sind.

Was müssen Sie nach dem Erhalt dieser Unterlagen unternehmen?

Sie müssen die Allgemeinen und die Besonderen Vertragsbedingungen unterschreiben, eine Ausfertigung aufbewahren und die zweite unterschrieben an DKV Seguros zurücksenden. Der Eingang der ordnungsgemäß unterschriebenen Vertragsunterlagen bei uns bedeutet, zusammen mit der Bezahlung des ersten Betrags, die Annahme des Vertrages. Bis diese Voraussetzungen, Unterschrift und Zahlung, nicht erfüllt sind, wird der Vertrag nicht wirksam, auch wenn in den Besonderen Vertragsbedingungen dafür ein Datum festgelegt wurde.

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

Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Muss die Vertragsverlängerung ausdrücklich mitgeteilt werden?

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

Sowohl Sie als auch wir, DKV Seguros, können den Vertrag zum Ablaufdatum kündigen, dies ist der jeweils anderen Vertragspartei in einer Form mitzuteilen, die es erlaubt, einen Nachweis darüber zu führen. Der Versicherungsnehmer hat eine Kündigungsfrist von mindestens einem Monat einzuhalten und die Versicherung DKV Seguros eine Frist von zwei Monaten.

Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Schutz personenbezogener Daten?

Aufgrund der Art.12 bis 22 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten ist DKV Seguros ausdrücklich dazu berechtigt, die persönlichen Daten des Versicherungsnehmers und der Versicherten anzufordern, zu verarbeiten und an Unternehmen der Versicherungsgruppe weiterzugeben. Die vertragliche Beziehung, die Sie mit DKV Seguros unterhalten, sowie die gesetzlichen Verpflichtungen, zu deren Erfüllung wird aufgrund der für unsere Branche geltenden Vorschriften verpflichtet sind, bilden die Rechtsgrundlage, auf der die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten basiert.

Was die Daten der Versicherten betrifft, so werden diese nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies zur Erbringung der Gesundheitsversorgung oder der Versicherungsleistungen erforderlich ist. DKV Seguros ist ferner dazu berechtigt, Informationen zu Produkten und Dienstleistungen an den Versicherungsnehmer und an die volljährigen Versicherten zu senden, die im Zusammenhang mit der Förderung der Gesundheit und dem Wohlbefinden stehen sowie zu Initiativen, die für diese von Interesse sein könnten.

Wir haben alle technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen getroffen, um die Vertraulichkeit und Integrität der Informationen zu schützen und Änderungen, Verlust oder unbefugte Zugriffe auf Ihre Daten zu vermeiden; wir nehmen regelmäßige Kontrollen vor, mit denen wir die Erfüllung dieser Maßnahmen überprüfen.

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten so lange aufbewahren, wie das Vertragsverhältnis Bestand hat und auch noch nach dessen Beendigung, wenn die Verarbeitung der Daten im Zusammenhang mit einer möglichen Haftung oder mit Beschwerden notwendig ist, die sich aus dem beendeten Vertragsverhältnis ergeben könnten sowie zur Erfüllung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Ganz allgemein gilt die Regelung, dass wir die Informationen nach Beendigung der vertraglichen Beziehung für die Dauer von sieben Jahren aufbewahren und diese danach vollständig löschen.

Sie können Ihre den Datenschutz betreffenden Rechte ausüben, indem Sie sich auf postalischem Weg an DKV Seguros, Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, 50018 Zaragoza, wenden, in Ihrem Schreiben Namen und Familiennamen angeben und diesem eine Fotokopie Ihres Personalausweises beifügen, oder aber über den Kundenbereich, indem Sie

sich unter www.dkvseguros.com dort registrieren. Weitere Informationen bezüglich Ihrer den Datenschutz betreffenden Rechte finden Sie in den Datenschutzbestimmungen auf der Webseite sowie in dem Dokument, das wir Ihnen gemeinsam mit den Vertragsunterlagen aushändigen. Sollten Sie darüber hinaus weitere Informationen wünschen oder uns Fragen zu Ihren Rechten im Zusammenhang mit dem Datenschutz stellen wollen, können Sie sich auch an unseren Datenschutzbeauftragten wenden unter dpogrupodkv@dkvseguros.es. Sollten Sie mit der Berücksichtigung Ihres Rechtes auf Information nicht einverstanden sein, denken Sie daran, dass Sie sich ebenfalls an die spanische Datenschutzbehörde wenden können; schriftlich unter der Anschrift Agencia Española de Protección de Datos, Calle Jorge Juan 6, 28001 Madrid, sowie telefonisch unter der Rufnummer 901 100 099.

Versorgungsmodalität und Versicherungsumfang

Wodurch zeichnet sich das Produkt „DKV Profesional“ hauptsächlich aus?
„DKV Profesional“ ist ein Produkt, das die Kombination aus Unfallversicherung, Versicherung für finanzielle Vorteile bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausaufenthalt,

Todesfallversicherung sowie einer Krankenversicherung ermöglicht, deren Abdeckung stufenweise in drei Modulen strukturiert ist, von geringem bis umfassenden Versorgungsumfang, und die einzeln oder zusammen erworben werden können:

1. Das Modul „Erstversorgung“.
2. Das Modul „Fachärztliche medizinische Versorgung und zusätzliche Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen“.
3. Das Modul „Krankenhausversorgung und Chirurgie“.

Worauf basiert die Versicherungsdeckung von „DKV Professional“?

Sie basiert auf der Erbringung der in den einzelnen Modulen beschriebenen Dienstleistungen mittels des „DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen“, durch DKV Seguros auf dem ganzen spanischen Staatsgebiet.

Wie erhält man Zugang zu den Gesundheitsleistungen der einzelnen Deckungsmodalitäten?

Der Versicherte kann unter den Ärzten und Zentren des „DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen“ wählen, aber nur unter den medizinischen Fachbereichen im Rahmen der vertraglich vereinbarten Deckungen. Sie erhalten die medizinische Versorgung

nach Vorlage der DKV MEDICARD® und, falls nötig, die notwendige Autorisation.

Wenn Sie innerhalb einer Krankenversicherung zwei oder mehr Module abschließen möchten, wie können Sie diese bei „DKV Professional“ miteinander kombinieren?

Die Module lassen sich für die Anpassung an die Kundenwünsche frei miteinander kombinieren.

Gesundheitskarte DKV MEDICARD®

Kann ein dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörender Arzt neben der erteilten Autorisierung zur Erbringung bestimmter Leistungen auch die Vorlage der Gesundheitskarte DKV MEDICARD® verlangen?

Ja. Mit der Gesundheitskarte DKV MEDICARD® weisen Sie sich gegenüber dem jeweiligen, dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden, Leistungserbringer als bei DKV Seguros Versicherter aus und man wird von Ihnen die Vorlage der Gesundheitskarte verlangen.

Wie hoch ist der für jede medizinische Leistung zu bezahlende Beitrag?

Die für jede medizinische Handlung im Voraus festgelegten Beträge können Sie der „Tabelle zu Gruppen medizinischer Handlungen und Zuzahlungen“ entnehmen, die zu den Besonderen

Vertragsbedingungen und / oder den Sonderbedingungen gehört.

Was ist zu tun, wenn Sie die Versichertenkarte DKV MEDICARD® verlieren?

Sich mit DKV Seguros in Verbindung setzen.

Wir schicken Ihnen eine neue Karte zu.

Wie können Sie sich mit DKV Seguros in Verbindung setzen?

Telefonisch unter der Rufnummer des DKV Seguros Call Centers zur Kundenbetreuung 900810072, per Internet unter Verwendung der E-Mail-Adresse www.dkvseguros.com oder indem Sie sich an eines der Büros von DKV Seguros wenden.

Autorisierungen bei Abschluss der Krankenversicherung

Für welche Tests und Leistungen, die innerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen erbracht werden, sind Autorisierungen erforderlich?

Komplexe diagnostische Untersuchungen, Beförderungen mit dem Krankenwagen, Prothesen und chirurgische Implantate, Psychotherapie-Sitzungen, Fußchirurgie, Vorsorgeprogramme und Früherkennungs-Check-ups, ärztliche

Behandlungen in jeder Modalitäten für medizinische Versorgung (persönlich oder online), chirurgische Eingriffe sowie Krankenhauseinweisungen;

Wenn Sie Fragen zu den Diagnose- und Therapieleistungen haben, für die keine vorherige Autorisierung durch DKV Seguros erforderlich ist, können Sie sich entweder auf der Webseite von DKV Seguros informieren oder unter Kapitel 2 (»Ratschläge für die Nutzung«) des für das laufende Jahr geltenden und für Sie gültigen Verzeichnisses zum Vertragsnetzwerk von Gesundheitsleistungsanbietern nachschlagen.

Wie wird eine Autorisierung beantragt, wenn das Aufsuchen einer Geschäftsstelle von DKV Seguros nicht möglich ist?

Telefonisch unter der Rufnummer des DKV Call Centers zur Kundenbetreuung 900810072, oder über unsere Webseite (www.dkvseguros.com). Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, die Autorisierung durch eine dritte Person in der Geschäftsstelle beantragen zu lassen, die Sie gewöhnlicherweise aufsuchen, diese hat Ihre Versichertenkarte und die ärztliche Verordnung für die medizinische Untersuchung vorzulegen.

Zahlung des Versicherungsbeitrags

Bezahle ich jeden Monat den gleichen Betrag?

Nein. Haben Sie eine Krankenversicherung abgeschlossen, wird Ihnen bei einigen monatlichen Zahlungen ebenfalls die für durchgeführte medizinische Leistungen fälligen Zuzahlungen in Rechnung gestellt.

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 für den Beitrag gewählte Zahlungsweise entbindet den Versicherungsnehmer jedoch nicht von der Zahlung des gesamten Jahresbeitrages. Bei einer Rücklastschrift oder Nichtzahlung der Beitragsrechnungen ist DKV Seguros dazu berechtigt, den Betrag für den nicht beglichenen Anteil des Jahresbeitrags im Wege eines Mahnverfahrens einzufordern.

Gesundheitsleistungen bei Abschluss der Krankenversicherung

Ist es möglich, gleich am ersten Tag nach dem Abschluss des Krankenversicherungsvertrags einen Arzt aufzusuchen?

Ja. Ab dem Tag, an dem Ihre Police in Kraft tritt. Ausgeschlossen hiervon sind diejenigen Leistungen, für die eine Wartezeit einzuhalten ist (vergleichen Sie Artikel 3.1.8 „Warte- und Ausschlusszeiten“).

Muss für das Aufsuchen von Fachärzten bestimmter medizinischer oder chirurgischer Fachgebiete zuvor eine Genehmigung eingeholt werden?

Nein, sowohl die Präsenz- als auch die Onlinetermine bei medizinischen und chirurgischen Fachbereichen sind beim „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ frei zugänglich, vorausgesetzt, sie sind im vereinbarten Vertragsmodul enthalten.

Ist für den Zugang zur klinischen Psychologie eine Autorisierung erforderlich?

Ja. Für den Zugang zu diesem nicht-medizinischen Fachgebiet beim „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ muss das Modul „Fachärzte“ vertraglich vereinbart worden sein; eine entsprechende Autorisierung ist somit erforderlich.

Brauche ich für eine Mammographie oder eine Orthopantomographie eine Autorisierung?

Nein. Es ist keine Autorisierung erforderlich. Benötigt wird lediglich die schriftliche Verschreibung eines Arztes, der dem „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ angehört.

In welchen Fällen kann ein Hausbesuch verlangt werden?

Dann, wenn vom Arzt aufgrund des Gesundheitszustands des Patienten von einem Besuch in seiner Praxis bzw. einem Besuch im Krankenhaus abgeraten wird.

Auch der Besuch der Krankenpflege kann als Hausbesuch stattfinden, wenn eine ärztliche Verschreibung vom „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ vorliegt.

Werden bereits vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags vorhandene Erkrankungen von der Versicherung gedeckt?

Aufgrund der Art des Vertrags sind Vorerkrankungen nicht gedeckt; es besteht jedoch in einigen Fällen, z. B. bei allergischem Asthma, die Möglichkeit einer Deckung durch Zahlung eines Aufschlags.

Was wird im Bereich der Zahnmedizin abgedeckt?

In jedem Modul von „DKV Profesional“ sind in der Versicherung

Zahnersatztermine, das Ziehen von Zähnen, Heil- und Fluoridbehandlungen, das Zahnsteinentfernen und Röntgenaufnahmen im Zusammenhang mit diesen Behandlungen enthalten. Aber nur dann, wenn das Modul „Fachärzte“ vertraglich abgeschlossen wurde, werden für Patienten unter 14 Jahren Fissurenversiegelungen und Füllungen im Rahmen des Vertrags durchgeführt.

Die übrigen, nicht von der Versicherung gedeckten zahnärztlichen Behandlungen werden, mit Kostenbeteiligung durch den Versicherten, durch den zahnärztlichen Dienst erbracht (siehe „zusätzliche Leistungen“).

Wie viele Behandlungen zur Mundhygiene (Zahnreinigungen) übernimmt die Versicherung pro Jahr?

Alle, die erforderlich sind, solange sie von einem Arzt des „DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen“ verschrieben werden.

Werden durch „DKV Profesional“ die Kosten für Medikamente gedeckt?

Nur im Fall von Einweisung und Aufenthalt im Krankenhaus, wenn das Modul „Krankenhausaufenthalt und Chirurgie“ abgeschlossen wurde; davon ausgenommen sind alle nicht unter Abschnitt 3.1.6.7 „Chirurgische Implantate“ aufgeführten biologische Arzneimittel und medikalisierte Biomaterialien.

Werden die Kosten einer Periduralanästhesie während einer Geburt gedeckt?

Ja. Auch bei jeder anderen Indikation im Rahmen eines chirurgischen Eingriffs, wenn das Modul „Krankenhausaufenthalt und Chirurgie“ abgeschlossen wurde.

Werden bei „DKV Profesional“ die Kosten für Interventionen bei Kurzsichtigkeit (Myopie) gedeckt?

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 über den DKV Club Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) einen Gutschein erwerben.

Werden bei „DKV Profesional“ die Kosten für klinische Psychologie gedeckt?

Im Modul „Fachärzte“ sind inbegriffen, ambulant als Einzelsitzungen mit einem angestellten Psychologen und mit der erforderlichen Genehmigung von DKV sowohl als Psychotherapiesitzung mit Anwesenheit als auch als individuelle Online-Sitzung (beide werden innerhalb des Rahmens der in der Versicherung festgelegten Leistung berechnet) nach vorheriger Verschreibung eines Psychiaters oder Kinderarztes (bei Minderjährigen) entsprechend gültigen „DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen“.

Die versicherten Personen haben Zugang zu dieser Leistung **bei den nachfolgend aufgeführten Krankheitsbildern, die ein psychologisches Vorgehen erfordern**, wobei eine Zuzahlung zu leisten ist. Sie wird für jede Tätigkeit oder Sitzung erhoben und ist festgelegt in der »Tabelle zu Gruppen medizinischer Handlungen und Zuzahlungen«, die zu den Besonderen Vertragsbedingungen und/oder Sonderbedingungen des Versicherungsvertrags gehört. **Deckung besteht bis zu einer maximalen Anzahl von 20 Sitzungen pro versicherter Person und Kalenderjahr, ausgenommen bei Essstörungen (Magersucht, Bulimie), Mobbing in der Schule und geschlechtsbezogener und/oder häuslicher Gewalt, Cybermobbing und arbeitsbedingtem Stress, hier gilt maximale Obergrenze von 40 Sitzungen pro Jahr.**

- > Psychische Erkrankungen: Depression, Schizophrenie und psychotische Störungen
- > Verhaltensstörungen: Neurosen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen
- > Essstörungen: Magersucht und Bulimie
- > Bei Mobbing in der Schule, Cybermobbing, geschlechtsspezifischer und häuslicher Gewalt

- > Schlafstörungen: Einnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und Nachtangst
- > Anpassungsstörungen: Arbeits- und posttraumatischer Stress, Trauer, Scheidung, Pubertät, Posturlaubssyndrom usw
- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulversagen

Sollten weitere Sitzungen erforderlich sein, bietet Ihnen DKV Seguros die Möglichkeit, die Sitzungen mit der Bezahlung einer Eigenbeteiligung fortzusetzen, nachdem ein entsprechender Antrag bei DKV Seguros gestellt und bewilligt wurde.

Was ist mit den Kosten der Familienplanung?

Familienplanungstechniken, einschließlich Tubenligatur und Vasektomie, werden abgedeckt, wenn das Modul „Krankenhouseinweisung und Chirurgie“ abgeschlossen wurde.

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

Das Einsetzen einer Hormonspirale, **mit Ausnahme der Kosten für das Intrauterinpeessar**, ist durch das Abschließen des Moduls „Fachärzte“ abgedeckt.

Ist die medizinische Versorgung auch bei einem Sportunfall mit Knochenbruch gewährleistet?

Ja, wenn Sie das entsprechende Modul für medizinische Versorgung im Rahmen der vertraglich vereinbarten Leistungen abgeschlossen haben, und der Unfall sich nicht im Beruf oder einem offiziellen Wettkampf ereignete oder als besonders risikoreich eingestuft wird.

Was passiert, wenn es in Ihrer Provinz niemanden gibt, der eine bestimmte Untersuchung durchführen kann?

DKV Seguros ermöglicht Ihnen den Zugriff auf die Leistung, in der von Ihnen gewünschten Provinz, in der die entsprechende Mittel zur Durchführung der Untersuchung vorhanden sind, vorausgesetzt, dass sie in dem bzw. den in der Krankenversicherung vereinbarten Modul/en enthalten ist.

Ist die medizinische Versorgung im Ausland gewährleistet?

Die medizinische Versorgung wird im Ausland nur im Notfall bei Krankheit oder Unfall gedeckt; diese Deckung erfolgt durch eine ergänzende Reiseversicherung, durch welche die medizinische Versorgung im Ausland bis zu maximal 180 Tagen je Reise oder Aufenthalt gewährleistet wird (Siehe Anhang I).

Welche Rufnummer muss ich anrufen, wenn während eines Auslandsaufenthaltes ein medizinischer Notfall eingetreten ist?

Wählen Sie die Rufnummer +34 913 790 434.

Sie werden beraten und man sagt Ihnen, an welches Gesundheitszentrum Sie sich für die notwendige medizinische Versorgung wenden können.

Einweisungen ins Krankenhaus

Was muss für eine programmierte Krankenhauseinweisung erledigt werden?

Wenn Sie das Modul „Krankenhausaufenthalt und Chirurgie“ abgeschlossen haben, muss die Einweisung von einem Arzt des „DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen“ beantragt worden sein und zuvor von DKV Seguros genehmigt werden (informieren Sie sich unter AUTORISIERUNGEN im Abschnitt „Wir beantworten Ihre Fragen“ über die medizinischen Leistungen, für die eine vorherige Genehmigung benötigt wird).

Dafür ist der schriftliche Antrag eines Arztes erforderlich, aus dem der Grund für die Krankenhauseinweisung hervorgeht.

Was passiert, wenn sich beim Eintritt eines Notfalls kein vertraglich gebundenes Krankenhaus in der Gegend befindet?

Wenn Sie das Modul „ärztliche Krankenhausversorgung“ vertraglich abgeschlossen haben, können Sie im Notfall jedes Krankenhaus aufsuchen, müssen davon aber innerhalb von 72 Stunden nach der Aufnahme in das Krankenhaus DKV Seguros Mitteilung machen. Liegen keine medizinischen Gründe vor, die gegen eine Verlegung sprechen, kann DKV Seguros die Krankenhausversorgung in einem vertraglich gebundenen Krankenhaus verfügen und die dafür erforderlichen Mittel bereitstellen.

Unter Notfall wird in diesem Fall diejenige Hilfeleistung (medizinischer oder sanitärer Art) verstanden, die, wenn sie nicht unverzüglich und ohne Aufschub geleistet wird, das Leben des Patienten oder seine körperliche Unversehrtheit gefährden oder seine Gesundheit auf Dauer ernsthaft beeinträchtigen kann.

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

Im Versicherungsschutz des Moduls „Krankenhausaufenthalt“ 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.

Über die Handhabung der Leistung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausaufenthalt

Wie teile ich meine Krankmeldung mit?

Sie haben DKV Seguros auf direktem Weg oder über einen Agenten oder akkreditierten Vermittler das vollständig ausgefüllte Dokument mit dem Titel „Declaración de siniestro“ („Schadensfallerklärung“) zu übermitteln, welches die für die Bearbeitung Ihrer Leistungsansprüche erforderlichen, grundsätzlichen Informationen enthält sowie die vom behandelnden Arzt unterschriebene Krankmeldung, auf der vermerkt sein muss:

- > Name und Nachname des Arztes
- > Name, Nachname, Adresse, Geburtsdatum und Beruf der versicherten Person
- > Die derzeitige Pathologie, welche die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit verursacht hat
- > Ursachen, Vorerkrankungen und Zeitpunkt des Beginns der Erkrankung oder des Auftretens des Unfalls

- > Datum des Beginns der Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer

Wenn Sie die Garantie für einen Krankenhausaufenthalt abgeschlossen haben und ins Krankenhaus eingewiesen wurden, müssen Sie zudem den Einweisungsbericht vorlegen, den Ihnen das entsprechende Krankenhaus zur Verfügung stellt.

Sollte Sie Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, vorab Kontakt mit DKV Seguros aufzunehmen über die Rufnummer 900 810 072.

Ist es notwendig, die Unterlagen der spanischen gesetzlichen Versicherung (Seguridad Social) oder der Unfall-Berufsgenossenschaft zuzuschicken?

Die Unterlagen der spanischen Sozialversicherung zur vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit dienen nur als zusätzliche Dokumentation. Sie sind für die volle oder teilweise Leistungspflicht von DKV Seguros nicht obligatorisch, denn diese Leistungen unterscheiden sich von denen der spanischen Sozialversicherung oder einer ähnlichen Institution.

Innerhalb welcher Frist muss ich die Arbeitsunfähigkeit mitteilen?

Es ist unbedingt erforderlich, dass Sie uns innerhalb von sieben Tagen ab dem Datum des Eintretens des Schadensfalls darüber informieren. Ansonsten werden

für den Leistungsbezug relevanten Tage ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Mitteilung über den Vorfall berechnet. Der Tag der Gesundheitsmeldung ist nicht entschädigbar.

Welche Informationen benötigt DKV Seguros, um die Bearbeitung der Leistung zu beginnen?

Die „Schadensfallklärung“ und die ärztliche Krankmeldung.

Im übrigen bleibt es DKV Seguros vorbehalten, weitere Maßnahmen zu ergreifen wie:

- > Einholung näherer Informationen durch Berichte des behandelnden Arztes oder des entsprechenden Krankenhauses usw.
- > Ihnen einen Besuch durch unser Ärzte-Team abzustatten, um sich ein Bild über den Verlauf Ihrer Erkrankung oder Verletzung machen zu können, sich für Ihren Gesundheitszustand zu interessieren und - falls erforderlich - Ihnen Vorschläge zu unterbreiten, Ihre Situation zufriedenstellend zu verbessern.

Wie lange ist die garantierte Höchstdauer für Krankschreibungen?

Ihnen stehen verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl. In den Besonderen Versicherungsbedingungen sind sowohl die beauftragten Leistungen, als auch die garantierte Höchstdauer angegeben.

Wenn wird die Leistung gezahlt?

Nach dem Einreichen der Schadensfallklärung, der Krankmeldung und den restlichen angeforderten Unterlagen, und nach Akkreditierung und Überprüfung des Umfangs der Leistungen durch DKV Seguros, werden die Unterlagen innerhalb eines Zeitraums von weniger als zwei Wochen bearbeitet.

Im Falle einer längeren vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit (mehr als 40 Tage), können Sie die Vorauszahlung des täglichen Arbeitsunfähigkeitsgeldes beantragen, welche dem bereits akkreditierten Krankmeldungszeitraum entspricht.

Wenn endet der Zeitraum der Krankmeldung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit?

Bei Erhalt der ärztlichen Gesundheitschreibung für den Berufsalltag, oder falls einer der folgenden Fälle eintritt:

- > Ihr gesundheitlicher Zustand erlaubt es Ihnen, Ihre Arbeit / Ihren Beruf wieder aufzunehmen, wenn auch nur zeitweise.
- > Ihre vorübergehende Arbeitsunfähigkeit geht über in eine dauernde Berufsunfähigkeit.
- > Sie gehen in Rente oder werden arbeitslos.

- > Sie halten sich länger als 72 Stunden außerhalb Ihrer Wohnung auf, ohne dies DKV Seguros vorher mitgeteilt zu haben.
- > Sie verweigern die „Inspektions-Besuche“ durch DKV Seguros.
- > Das DKV Seguros Ärzte-Team hält eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit für nicht gerechtfertigt.

Welche Schritte kann ich unternehmen, wenn ich mit der Entscheidung von DKV Seguros nicht einverstanden bin?

Wenn Sie nicht einverstanden sind, sollten Sie uns innerhalb von sieben Tagen Ihre Gründe schriftlich unter Beifügung glaubhafter Dokumente mitteilen.

Handelt es sich hierbei um medizinische Aspekte, wird DKV Seguros gemeinsam mit dem von Ihnen genannten Arzt alles Notwendige veranlassen, um die Diskrepanz zu klären.

Wird keine Lösung gefunden, kann ein dritter Arzt für die Entscheidung benannt werden.

Besteht ein Leistungsanspruch bei Geburten?

Obwohl der Geburt nicht als Krankheit betrachtet wird, erhalten Mütter, die seit mehr als acht Monaten versichert sind, diesbezüglich eine Leistung. Hierzu ist der Abschluss einer der folgenden Garantien erforderlich: vorübergehende

Arbeitsunfähigkeit, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung, Krankenhausaufenthalt) in dem Umfang und mit den Bedingungen, die für jede Deckung gelten.

Dies gilt auch im Fall einer Adoption.

Erhalten die Begünstigten Leistungen im Todesfall der versicherten Person?

Ja. Die der versicherten Person zustehende Entschädigung geht auf die Begünstigten über.

Was geschieht mit der Leistung der Sozialversicherung?

Die Leistung der im Rahmen des Vertrages gedeckten Krankmeldung ist kompatibel und unabhängig von der Leistung, welche man über die Sozialversicherung beziehen kann.

Was ist die Karenzzeit oder -frist?

Dies ist die Zeit, die ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Versicherung verstreichen muss, damit die Garantien der Police in Kraft treten können. Dieser Zeitraum wird in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt. Falls die Krankmeldung die Folge eines Unfalls ist, wird keine Karenzzeit berechnet.

Wann beginnt die Leistungspflicht für Tagegeldzahlung bei Absicherung von vorübergehender Arbeitsunfähigkeit?

Dies ist die Anzahl der Anfangstage eines jeden Prozesses, die kein Anrecht auf Leistungsbezug haben.

Ab welchem Tag beginnt die Zählung für die Leistung bei vorübergehender täglicher Arbeitsunfähigkeit?

Wenn keine Eigenbeteiligung vorliegt, ab dem ersten Tag der Krankmeldung. Im Falle einer Eigenbeteiligung, ab dem Tag nach Beendigung der vereinbarten Eigenbeteiligungsfrist.

Wir erinnern Sie daran, dass es wichtig ist, uns innerhalb von sieben Tagen ab dem Datum des Eintretens des Schadensfalls darüber zu informieren. Ansonsten werden für den Leistungsbezug relevanten Tage ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Mitteilung über den Vorfall berechnet. Der Tag der Gesundheitsmeldung ist nicht entschädigbar.

Was ist die Eigenbeteiligung bei der Garantie für eine nach einem Schlüssel berechnete, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit?

Dies ist die Anzahl der Tage, die in den jeweiligen Besonderen Versicherungsbedingungen angegeben sind und die im Rahmen des Leistungsbezugs abgezogen werden müssen von den in der beigefügten Tabelle in Anhang I für jede Diagnose angegebenen Tagen.

Wann sind Sie dazu berechtigt, Leistungen für die nach einem Schlüssel berechnete, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit zu erhalten?

Ab dem Zeitpunkt, zu dem die entsprechenden Dokumente

und gegebenenfalls die von DKV angeforderten ergänzenden Berichte vorgelegt werden, die eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit dokumentieren.

Was sind die ausgeschlossenen Risiken?

Es handelt sich hierbei um jene Krankheiten oder Unfälle, die nicht im Versicherungsumfang enthalten sind und daher keinen Anspruch auf finanzielle Leistungen haben.

Die ausgeschlossenen Risiken sind die mit Ihnen zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der Police vereinbarten Risiken, die im Vertrag detailliert und in Fettschrift hervorgehoben sind.

Über die berufliche Tätigkeit

Was geschieht, wenn sich Ihre Arbeitssituation oder Ihre Berufstätigkeit verändert?

Sie sollten uns unverzüglich über den Wechsel Ihrer Arbeitssituation informieren, damit der Versicherungsbeitrag an die neue Tätigkeit angepasst werden kann. Dies kann sowohl zu einer Erhöhung als auch zu einer Reduzierung des Beitrages führen in Abhängigkeit von der Risikoerheblichkeit, die die neue Aktivität ausmacht. Damit werden alle Probleme oder Konfusionen in der Schadenbearbeitung vermieden.

Persönliche Daten

Was passiert, wenn Sie Ihre Adresse, Telefon, etc. ändern?

Sie sollten uns unverzüglich jegliche Veränderung mitteilen.

Zahlung der Versicherung

Wie erhöht sich der Preis der Versicherungsprämie?

Der Versicherungsbeitrag wird jährlich aktualisiert, und zwar in Bezug auf Alter als auch auf eine evtl. jährliche Leistungsanpassung.

Anregungen und Beschwerden

Wie geht man vor, wenn man Anregungen oder Beschwerden einreichen möchte?

Sie können diese schriftlich bei einer unserer Niederlassungen einreichen oder an den Service zur Vertretung und Wahrung der Kundeninteressen (Defensa del Cliente) senden. Sie können sich hierfür schriftlich an den Firmensitz von DKV Seguros wenden, die Anschrift lautet: Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, in 50018 Zaragoza, oder per E-Mail an die Adresse: defensacliente@dkvseguros.es. Sie können auch telefonisch an unsere Kundenbetreuung unter 900810072 wenden.

Sie haben außerdem die Möglichkeit, diese an die Beschwerdestelle der Generaldirektion für Versicherungswesen und Rentenfonds zu senden, die Anschrift lautet: Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid.

Dafür ist es jedoch erforderlich, zuvor eine Beschwerde bei der Abteilung für Kundenschutz der DKV Versicherung, „Defensa del Cliente de DKV-Seguros“, eingereicht zu haben. (Nähere Informationen über das Verfahren finden Sie im Abschnitt „Vorbemerkungen“).

Zusätzliche Gesundheits- dienstleistungen

1. Ärztliche Fernberatung

a) Telefonische Beratung

1.1 24-Stunden-Rufbereitschaftsdienst

Den bei DKV Seguros Versicherten steht ein 24-Stunden-Rufbereitschaftsdienst zur Verfügung, der sich aus Ärzten und Verwaltungspersonal zusammensetzt, die darauf spezialisiert sind, Leistungen einer medizinischen Versorgung durch Hausbesuche zu koordinieren und zu aktivieren, je nach Art der abgeschlossenen Versicherung und der geografischen Lage des Wohnsitzes.

1.2 DKV 24-Stunden-Arzt

Diese Leistung bietet den bei DKV Seguros Versicherten telefonische medizinische Beratung und stellt Informationen bereit, um Sorgen und Zweifel hinsichtlich aufgetretener Krankheitssymptome, diagnostischer Tests, Gesundheitsprobleme und zu Medikamenten zu klären.

1.3 24-Stunden-Telefonlinie Kinderarzt

Dieser Service bietet den Versicherten von DKV Seguros eine medizinische Telefonberatung durch einen Arzt oder einen Kinderarzt, der Auskunft gibt und Fragen zu Symptomen, Untersuchungen und Gesundheitsproblemen von Kindern bis zum Alter von 14 Jahren beantwortet.

1.4 Telefonlinie zur medizinischen Beratung bei Adipositas (extremes Übergewicht) von Kindern

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

1.5 Telefonlinie medizinische Beratung in der Schwangerschaft

Diese Leistung stellt den bei DKV Seguros versicherten schwangeren Frauen telefonische medizinische Beratung durch Ärzte oder Fachärzte für Geburtshilfe zur Verfügung; es werden Informationen gegeben und Zweifel ausgeräumt hinsichtlich auftretender Symptome, zu Untersuchungen, zu allgemeinen Gesundheitsproblemen sowie zu speziellen Medikamenten im Zusammenhang mit der Schwangerschaft.

1.6 Telefonlinie medizinische Beratung von Frauen

Diese Leistung stellt den bei DKV Seguros versicherten Frauen telefonische medizinische Beratung durch Ärztinnen zur Verfügung; es werden Informationen gegeben und Zweifel ausgeräumt hinsichtlich auftretender Symptome, zu Untersuchungen, zu allgemeinen Gesundheitsproblemen und zu speziellen Medikamenten im Zusammenhang mit Frauenkrankheiten.

1.7 Telefonlinie 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 Telefonlinie medizinische Beratung zu Ernährungsfragen

Dieser Service bietet den Versicherten von DKV Seguros telefonische Ernährungsberatung durch Fachärzte für Ernährungsmedizin oder Diätassistenten; diese stellen Informationen zur Verfügung, klären Zweifel hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge sowie der Ernährungskontrolle bei Krankheitszuständen, bei denen Diät als Teil der Behandlung vom Arzt verschrieben wurde.

1.9 Telefonlinie Tropenmedizin

Dieser Service bietet den Versicherten von DKV Seguros telefonisch oder per Internet medizinische Beratung und stellt Informationen zur Verfügung; es werden Zweifel hinsichtlich auftretender Symptome, Untersuchungen, allgemeiner Gesundheitsprobleme geklärt sowie zu Chemoprophylaxe und den diesem Fachgebiet eigenen Arzneimitteln.

1.10 Telefonlinie für psychologisch-emotionale Beratung

Der Versicherte kann pro Jahr sechs psychologische Beratungen von jeweils dreißig Minuten in Anspruch nehmen und erhält durch ein qualifiziertes Team von Psychologen Orientierungshilfe; jeder einzelne Fall wird individuell behandelt.

Sprechzeiten sind an Arbeitstagen von 8.00 Uhr bis 21.00 Uhr, der Zugang erfolgt nach vorheriger Terminvereinbarung.

b) Zweite ärztliche Meinung bei schwerer Erkrankung

Über diesen kostenlosen Service erhält der Versicherte oder sein behandelnder Arzt im Falle einer schweren Krankheit Zugang zu einer Beratung aus der Distanz und einer zweiten Meinung von weltweit anerkannten Fachärzten.

Diese Experten werden den Krankheitsverlauf studieren und ihre Meinung bezüglich der Diagnose und möglicher Behandlungsalternativen abgeben.

c) Zweite bioethische Meinung bei schwerer Erkrankung

Durch diesen kostenlosen Service erhält der Versicherte oder sein Arzt beim Vorliegen einer schweren Erkrankung Zugang zu Beratung und einer zweiten Meinung eines Arztes, der im Bereich der Bioethik spezialisiert ist; dieser studiert vertraulich und aus der Distanz die medizinischen Unterlagen und den Krankheitsverlauf und erteilt seine Meinung zu den bioethischen Aspekten einer Behandlung oder einer schwierigen, zu treffenden ärztlichen Entscheidung.

2. Digitale Gesundheitsleistungen: App Quiero cuidarme Más (QC+)

Bei DKV Seguros setzen wir auf Technologie, um Ihnen zu helfen, sich um Ihre Gesundheit zu kümmern. Daher haben wir eine breite Palette von Leistungen im Bereich e-Health entwickelt, die im Versicherungsumfang enthalten und für unsere Versicherten über die App **Quiero cuidarme Más** verfügbar sind. Dazu gehören:

2.1. Selbstversorgungstools und personalisierte Präventionspläne

2.1.1 Der Index für gesundes Leben (IVS)

Er besteht in einer Umfrage zur Gesundheit. Dabei wird ein Wert zwischen 0 und 1000 über das Gesundheitsniveau mithilfe von neun zuvor eingegebenen Indikatoren (BMI, Glucose, Cholesterin, Blutdruck, Schlafqualität, emotionales Wohlbefinden, körperliche Betätigung, Zigarettenkonsum und Ernährung) ermittelt. Die angegebenen Daten können mit Apple Health, Google und anderen Geräten der nächsten Generation synchronisiert werden.

Zusätzlich zu diesen neun Parametern besitzt der Benutzer weitere Faktoren wie persönliche und familiäre Vorgeschichte, Allergien, natürliche Anteile usw.

2.1.2 Achten Sie auf Ihre psychische Gesundheit

Tool, mit dem Sie psychologische Beratung per Chat anfordern können. Dafür ist lediglich erforderlich, die Anliegen bzw. Beschwerden anzugeben und einen individuellen Fragebogen auszufüllen, damit der Psychologe die Anfrage beurteilen kann. Darüber hinaus werden der Zugang zu einer psychologischen und psychiatrischen Videosprechstunde sowie die Nutzung anderer Leistungen und Tools für den Erhalt der psychischen Gesundheit ermöglicht.

2.1.3. Individuell erstelltes Vorsorgeprogramm

Mit den Gesundheitsdaten kann der Versicherte auf individuelle Vorsorgeprogramme mit Unterstützung eines Coachs zur Auswertung und

Nachverfolgung zugreifen. Für eine individuelle Beratung hat der Coach nach Zustimmung des Nutzers Zugang zu den Indikatoren und die Personalakte des Versicherten.

Der Versicherte kann sich ferner bezüglich der Gesundheitsindikatoren, die er verbessern möchte, Ziele setzen.

2.1.4. Gesundheitscoach

Im Chat werden Fragen geklärt und Tipps für eine gesunde Lebensweise gegeben. Je nach den speziellen Risikofaktoren des Versicherten und nach Alter und Geschlecht können individuelle Gesundheitsprogramme erstellt werden.

2.2. Orientierungshilfe zu Diagnose und Behandlung

2.2.1. Symptom-Checker

Die App Quiero Cuidarme Más enthält einen Symptomchecker, der dem Versicherten eine schnelle und zuverlässige Orientierung zu bestimmten Gesundheitsfragen bietet. Sie bietet auch die Möglichkeit, sich nach der Auswertung an einen Spezialisten zu wenden.

2.2.2 Virtuelle Konsultation

Sie können sich auch direkt per Mobiltelefon an die einzelnen Fachärzte des QC + Ärzteteams wenden. In der Allgemeinmedizin und der Kinderklinik wird dieser Service per Chat, telefonisch oder per Videoanruf angeboten.

All das auf eine einfache, sichere Art und Weise und unter vollständiger Wahrung der Vertraulichkeit.

2.2.3. Digitale Hebamme

Der Chatservice der digitalen Hebamme ermöglicht es, alle Zweifel auszuräumen, die bei werdenden Müttern während der Schwangerschaft und danach in den ersten hundert Tagen nach der Entbindung aufkommen, so etwa Fragen zum Stillen, zur Babypflege und zur eigenen Genesung. Darüber hinaus wird den Frauen angeboten, sie zu begleiten, um eine postpartale Depression zu vermeiden oder frühzeitig zu erkennen.

2.3 Die Online-Vorgänge mit dem Unternehmen: Terminanfrage, Gesundheitsordner und -tagebuch und elektronisches Rezept

2.3.1 Online-Terminvergabe

Zur Terminvereinbarung in vielen Gesundheitszentren ohne Telefonanruf oder persönliches Erscheinen.

2.3.2 Ihr persönlicher Gesundheitsordner

Im Gesundheitsordner können Sie Ihre ärztlichen Gutachten empfangen, aufbewahren, einsehen und auf sichere Weise herunterladen und automatisch Ihre Anfrage nach Analyseergebnissen und bildgebenden Untersuchungen empfangen, die vom Arzt während der Sprechstunde erstellt werden. Sie haben ebenfalls Zugriff

auf die Untersuchungsergebnisse. An den Gesundheitsordner wird auch das zugelassene elektronische Rezept geschickt, das vom Facharzt über die App ausgestellt wird. Mit diesem Rezept erhalten Sie Ihr Medikament in der Apotheke.

2.3.3 Diario de salud- das Gesundheitstagebuch

Das Gesundheitstagebuch ist Ihr persönlicher Terminplaner zur Aufzeichnung Ihrer Arzttermine und zur Einsicht in den Verlauf der medizinischen Vorgänge.

2.3.4. Meine Apotheke

Mit dieser Funktion können Sie bei der Allgemeinmedizin elektronische Rezepte anfordern, die Medikamente des Versicherten einsehen und einen Live-Chat mit pharmazeutischen Fachkräften zur Klärung von Fragen führen.

Das elektronische Rezept ermöglicht dem Arzt die Ausstellung von Arzneimittelrezepten. Der Versicherte erhält sie automatisch in seiner Gesundheitsmappe und kann sich damit direkt an seine Apotheke wenden. Wir verwenden dafür das REMPe-System, ein von der Ärztekammer, Organización Médica Colegial (OMC), zugelassenes Verschreibungs- und Ausgabesystem.

Dieser Service ist ferner mit den Produkten und Dienstleistungen des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden bezüglich Medikamenten und parapharmazeutischen Waren für den Online-Kauf verbunden.

3. Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit

Dieses Serviceangebot bietet den Versicherten zu vorteilhaften Preisbedingungen Zugang zu den zahnärztlichen Leistungen, die von der Versicherung nicht gedeckt werden, sofern Zahnärzte und Zahnkliniken aufgesucht werden, die dem der Versicherungsmodalität entsprechend gültigen DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören.

Im Rahmen jeder erfolgreichen Verlängerung des Versicherungsvertrags hat DKV das Recht, die dem entsprechenden DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Zahnärzte, die zu erbringende Selbstbeteiligung sowie die im Umfang enthaltenen Leistungen zu ändern.

4. DKV Call Center zur Kundenbetreuung

Beratung, Information und Autorisierungen

Für die bei DKV Seguros Versicherten steht ein telefonischer Kundenbetreuungsservice bereit, dort können sie sich über Ärzte, medizinische Fachkräfte und Versorgungseinrichtungen mit Vertragsbindung an DKV informieren, Autorisierungen beantragen, Verträge zu Versicherungen oder Dienstleistungen abschließen, Anregungen vorbringen und beinahe alle Formalitäten erledigen, ohne dass dafür eines unserer Büros aufgesucht werden muss.

**DKV Club Salud
y Bienestar
(DKV Club für
Gesundheit
und Wohlbefinden)**

Der Vertragsabschluss einer oder verschiedener Module der Krankenversicherung „DKV Profesional“ erlaubt Versicherten den Zugriff auf zusätzliche Leistungen des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden („DKV Club Salud y Bienestar“), die sich vom Versicherungsschutz unterscheiden und nachfolgend aufgeführt sind.

Weitere Einzelheiten bezüglich des Zugangs zu diesen Leistungen sind auf der Webseite **www.dkvclubdesalud.com** zu finden oder können telefonisch durch Anruf bei einer der im DKV-Verzeichnis der Gesundheitsleistungsanbieter mit Vertragsbindung genannten Rufnummern erfragt werden.

1. Club DKV Salud y Bienestar Premium (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden Premium)

Der Versicherte hat mittels Ermäßigungsgutschein Zugang zum Leistungsnetzwerk des „**DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden**“, wobei die dafür anfallenden Kosten selbst zu tragen sind. Dadurch hat er die Möglichkeit, verschiedene ergänzende Leistungen in Anspruch zu nehmen, die zur Verbesserung der Gesundheit, zur Vorsorge, für Schönheitsleistungen, zur Gesundheitspflege, Umstellung und für das körperliche und emotionale Wohlbefinden angeboten werden, sowie zu medizinischen Leistungen und verschiedener familiärer Unterstützung. Dafür gibt es Ermäßigungen und/oder Spezialtarife, die unter den marktüblichen Preisen liegen.

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

1) Reservierung der Leistung mit Gutschein: Der Versicherte informiert sich auf der Internetseite www.dkvclubdesalud.com über die Preise der zur Verfügung stehenden Leistungserbringer, reserviert den Gutschein, vereinbart mit dem ausgewählten direkt einen Termin und weist sich bei seiner Ankunft dort mit dem Gutschein und seiner Versicherungskarte von DKV Seguros aus. Das ist erforderlich, damit der Leistungserbringer den für den DKV Club Salud y Bienestar geltenden Sondertarif anrechnen kann. Zum Abschluss zahlt der Versicherte die erbrachte Leistung direkt an den Erbringer.

2) Online-Zahlung der Leistung: in anderen Fällen ist zur Inanspruchnahme einiger Serviceleistungen des „DKV Club Salud y Bienestar“ eine Vorauszahlung erforderlich. Der Kunde informiert sich auf der Internetseite www.dkvclubdesalud.com über die Tarife der verfügbaren Zentren oder Spezialisten, reserviert seinen Gutschein und bezahlt ihn mit einer Kredit- oder Debitkarte.

Ferner muss direkt mit dem Arzt ein Termin vereinbart werden und beim Eintreffen in der Klinik muss sich der Patient mit seiner Karte von DKV Seguros ausweisen, um die Leistung zu erhalten.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Internetseite

www.dkvclubdesalud.com, telefonisch unter den Rufnummer 900 810 670 oder direkt in einer der Zweigstellen von DKV Seguros. 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.

1.1 Serviceleistungen zur Gesundheitsförderung

1.1.1 Wellness-Dienstleistungen: Kur- und Heilbäder sowie städtische Spas

DKV Seguros stellt den Versicherten zu günstigen Bedingungen Rabattgutscheine bereit für den Zugang zu Badetherapie, Hydrotherapie, Bewegungstherapie, Behandlungen zu Drainage oder Straffung.

Kur- und Heilbäder: Hierbei handelt es sich um ein Heilbad mit der Möglichkeit des Aufenthaltes und der Übernachtung, gedacht zur Erholung und zur Behandlung mit Heil- und Mineralwasser, dessen Nutzen anerkannt ist und dessen therapeutische Wirkung geprüft wurde und von der Temperatur, dem Druck, der chemischen Zusammensetzung, der Radioaktivität, der Bakterienflora und den gelösten Gasen abhängig ist.

Städtische Spas: Sie befinden sich in innerstädtischer Lage und im Gegensatz zu Heilbädern verbringen die Kunden hier nur einige Stunden und übernachten dort nicht.

1.1.2 Fitnessstudios und Fitness

Zugang zu günstigen Bedingungen mittels eines Rabattgutscheins zu den dem Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) angehörenden Fitness-Studios.

1.1.3 Ernährungsberatung

Mit Sonderpreis Zugang zu einem persönlichen Beratungstermin zur Bewertung und Ausarbeitung eines personalisierten Ernährungsplans und im Anschluss daran dessen Monitoring.

1.2 Präventive Serviceleistungen

1.2.1 Prädiktive genetische Untersuchungen

Bei nicht durch die Versicherung gedeckten Indikationen, mit Rabattgutschein Zugang zu Untersuchungen, die Informationen zum Risiko einer bestimmten Person liefern, an einer konkreten, genetisch bedingten Krankheit zu erkranken. Die Untersuchung erfolgt normalerweise durch eine Blutuntersuchung, die in einem Genetiklabor stattfindet und mit der festgestellt wird, ob Veränderungen des oder der im Zusammenhang mit einer Krankheit stehenden Gens oder Gene bestehen. Die durchführbaren Untersuchungen sind: Unter anderem das vorgeburtliche Screening des DNA im mütterlichen Blut, Test zu kardiovaskulären Risiken, genetisches Profil zu Fettleibigkeit sowie die Durchführung des Vaterschaftstests.

1.2.2 Programm zur Raucherentwöhnung

Zugang über einen Ermäßigungsgutschein zu günstigen Preisen zu einer neuartigen Dienstleistung, um mithilfe verschiedener Techniken das Rauchen aufzugeben.

1.2.3 Kryokonservierung in Datenbanken für Stammzellen aus dem Nabelschnurblut

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

1.2.4 Biomechanische Ganganalyse

Diese Leistung, verbunden mit dem Erwerb eines Rabattgutscheins, stellt den Versicherten ein Netzwerk von vertraglich gebundenen Podologen zur Verfügung, die auf die Entwicklung und Herstellung von individuellen Einlagen sowie auf die erforderlichen fortlaufenden Kontrollen und Garantieleistungen spezialisiert sind.

1.3 Medizinische kosmetische oder Schönheitsleistungen

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

DKV Seguros stellt den Versicherten über den Erwerb von Rabattgutscheinen zu günstigen Preisen ein Netzwerk von Augenkliniken bereit, die sich auf die Laserbehandlung von Refraktions-Fehlstellungen (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit sowie Astigmatismus) spezialisiert haben.

1.3.2 Laser-Chirurgie der Alterssichtigkeit

Bei Presbyopie (Altersweitsichtigkeit) handelt es sich um 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 den Versicherten über den Erwerb eines Rabattgutscheins zu vorteilhaften Preisen den Zugang zu einem Netzwerk von Augenkliniken, die auf eine operative Korrektur durch Implantierung von intraokularen Linsen spezialisiert sind.

1.3.3 Laser-Chirurgie der Alterssichtigkeit

Hierzu gehört mittels eines Rabattgutscheins zu günstigen Preisen der Zugang zu Beratungen und einem breiten Angebot an nicht-invasiven

Gesichts- und Körperbehandlungen (Peelings, Hautfleckenentfernung, Lymphdrainage, Hautstraffungen, usw.) sowie zu operativen Behandlungen wie Brustkorrekturen, Bauchdeckenstraffung, usw., zu vorteilhaften finanziellen Konditionen.

1.4 Ergänzende medizinische Serviceleistungen

1.4.1 Behandlung zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung

Die bei DKV Seguros versicherte Person erhält über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins Zugang zu einem Netzwerk aus spezialisierten Kliniken für die Diagnose und Behandlung von Unfruchtbarkeit, unter Anwendung der fortschrittlichsten Techniken für assistierte Reproduktion, wie zum Beispiel In-vitro Fertilisation, künstliche Befruchtung, Übertragung von Präembryonen, bzw. Kryokonservierung von Eizellen, Spermata und ggf. der Embryonen.

1.4.2 Psychologie

Zugang zu Psychologen des „DKV Clubs Salud y Bienestar“ mit Sondertarifen zur Vornahme psychologischer und psychometrischer Tests und/oder psychotherapeutischer Sitzungen in den Fällen, in denen die für jeden Versicherten festgelegte maximale Obergrenze pro Jahr überschritten wurde.

1.4.3 Beratungen in medizinischen Fachgebieten, Diagnosemittel und/oder ambulante Behandlungen

Wenn Sie nicht das Modul Fachmedizin abgeschlossen haben, haben Sie nach Vorlage Ihrer Versichertenkarte DKV MEDICARD® Zugang zu den Sondertarifen des DKV Club de Salud y Bienestar für die medizinischen Leistungen, die in diesem Versicherungsmodul nicht gedeckt sind (vergleichen Sie Einzelheiten auf der Webseite www.dkvclubdesalud.com).

1.5 Serviceleistungen zur persönlichen Selbstbeobachtung

1.5.1 Hörgesundheit

Ermöglicht über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins die Durchführung eines Hörtests im Netzwerk der Hörzentren des DKV Clubs Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) sowie den Erwerb von Hörgeräten zu vorteilhaften finanziellen Konditionen.

1.5.2 Gesundheit der HaargefäÙe

Diese Leistung ermöglicht mithilfe des Erwerbs eines Ermäßigungsgutscheins den Zugang zu einem Verfahren zur personalisierten Diagnose, zu der das Setzen kapillarer Prothesen und Perücken für Onkologie-Patienten gehören, sowie die fortschrittlichsten Behandlungen zur Vermeidung von progressiven Haarausfall oder Alopezie,

wie das Einbringen von kapillaren Micrografts oder Implantaten.

1.5.3 Serviceleistungen optische Einrichtungen

Die versicherte Person kann über den Erwerb eines Rabattgutscheins über das Netzwerk der Augenoptiker, die dem Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) angehören, bedeutende Preisnachlässe beim Erwerb von Sehhilfen (Brillenfassungen und Brillengläser), Kontaktlinsen sowie von Hygiene- und Reinigungsmitteln erhalten.

1.5.4 Serviceleistungen der Orthopädie

Ermöglicht mithilfe eines Rabattgutscheins den Kauf von orthopädischen Gerätschaften zu sehr wettbewerbsfähigen Preisen.

1.5.5 Online-Parapharmazie

Der Versicherte hat durch den vorherigen Erwerb eines Rabattgutscheins die Möglichkeit, zu besonders günstigen Preisen Drogerie- und parapharmazeutische Produkte (Kosmetika, Sonnenschutzmittel, Insektenabwehrmittel, usw.) zu erwerben, die, ohne Medikamente zu sein, aktiv zum Wohlbefinden und zur Gesundheit des Menschen beitragen.

1.6 Serviceleistungen der Heilgymnastik oder Rehabilitation

1.6.1 Umschulungstherapie für die Wiedererlangung von gestörten Lautbildungen, der Sprache oder Zunge

DKV Seguros stellt den Versicherten logopädische Leistungen zur Behandlung von Störungen der Aussprache, Lautbildung und des Sprachverstehens zu besonderen Tarifen je Sitzung bereit in den Fällen, die nicht im Deckungsumfang der Versicherung enthalten sind (Störungen der neurologischen Entwicklung, des Lernens, Legasthenie, Dyslalie, Stottern, etc.).

1.6.2 Therapien der obstruktiven Schlafapnoe

Mithilfe eines Rabattgutscheins wird der Kauf zu günstigen Bedingungen von Heim-Beatmungsgeräten für die CPAP-Beatmung (zur nasalen positiven und kontinuierlichen Überdruckbeatmung der Atemwege) oder BiPAP-Beatmung (positiver Druck auf zwei Ebenen auf die Luftwege) ermöglicht. Diese Geräte ermöglichen die kontinuierliche Zufuhr von positiver Druckluft während des Schlafes zu Hause, gedacht für Patienten die an einer Schlafstörung am Tag leiden, die ihre Aktivität einschränkt und/oder mit damit zusammenhängenden Risikofaktoren (Bluthochdruck, kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Krankheiten sowie mit ihrer Aktivität verbundenem Verkehrsunfallrisiko).

Ebenfalls besteht Zugang zu einer Behandlung mit intraoralen Apnoeschienen (Schnarchschiene)

1.6.3 Programm zu Training oder Rehabilitation des Beckenbodens

Die Versicherte kann mithilfe eines Rabattgutscheins des DKV Clubs Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) am Programm zu Training oder Rehabilitation des Beckenbodens teilnehmen, das auf Übungen nach Kegel basiert.

1.7 Sozio-sanitäre Serviceleistungen und Familienhilfeleistungen

1.7.1 Unterstützung für Familienangehörige oder Alleinstehende im Krankenhaus.

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

1.7.2 Postpartale Betreuung zu Hause

Medizinische Fachkräfte unterstützen Sie bei den tagtäglichen Aufgaben mit dem Neugeborenen und zeigen Ihnen Rückbildungsübungen. Weiter kümmern sie sich um die Entwicklung der Mutter, achten auf Anzeichen von Angstzuständen und Depression sowie auf Fortschritte des Neugeborenen, sie helfen beim Stillen, der Nahrungszubereitung sowie der Hygiene der Mutter und des Neugeborenen.

1.7.3 Häusliche Hilfsleistungen

Leistungen, die durch qualifiziertes Personal erbracht werden und eine Reihe nützlicher Hilfestellungen umfassen, für Personen mit einer Minderung ihrer Selbstständigkeit und ihrer persönlichen Bewegungsfähigkeit, mit Schwierigkeiten beim Aufstehen, Duschen, Ankleiden sowie der Zubereitung der täglichen Mahlzeiten, die einen ständigen Betreuer benötigen.

a) Persönliche Betreuung:

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

b) Hauswirtschaftliche Hilfe:

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

1.7.4 Teleassistentz-Service mit fest installierten und mobilen Geräten

Der Zugang zu diesem Service erfolgt über ein spezielles Gerät und ist individuell angepasst; er wird durch Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte 24 Stunden täglich und an 365 Tagen im Jahr innerhalb und außerhalb der Wohnräume gewährleistet. Es handelt sich um mobile oder fest installierte

Geräte, die für Notfälle gedacht und permanent mit einer Alarmzentrale verbunden sind.

1.7.5 Leistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes

Es handelt sich um eine Vielzahl von Gegenständen, die dazu bestimmt sind, das Wohnumfeld an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Diese Produkte erlauben es, den Zugang und die Mobilität innerhalb Ihres Zuhauses zu verbessern.

1.7.6 Netzwerk von Seniorenheimen

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

1.7.7 System betreutes Wohnen

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

Bedingungen Allgemeines

1. Einleitende Klausel

Der vorliegende Vertrag unterliegt dem spanischen Gesetz Ley 50/1980 vom 8. Oktober zu Versicherungsverträgen.

Die Aufsicht über die Versicherungstätigkeit von DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. (nachfolgend DKV Seguros genannt) mit Sitz unter der Anschrift Torre DKV, Avenida María Zambrano 31 in 50018 Zaragoza, obliegt dem Königreich Spanien, konkret dem Wirtschaftsministerium, und wird wahrgenommen durch die spanische Behörde Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

- > Der Vertrag setzt sich zusammen aus den folgenden Dokumenten:
- > Dem einleitenden Informationsdokument zur Versicherung (Versicherungsantrag)
- > Der Gesundheitserklärung
- > Den Allgemeinen Vertragsbedingungen

- > Den Besonderen Vertragsbedingungen
- > Den Sonderbedingungen (nur in den entsprechenden Fällen)
- > Ergänzungen oder Anhängen

Für Transkriptionen von Gesetzen oder Verweise darauf ist keine ausdrückliche Annahme erforderlich, da diese ohnehin verbindlich zu erfüllen sind.

Versicherungsnehmer, Versicherte und Begünstigte, geschädigte Dritte oder deren Rechtsnachfolger können sich zur Wahrnehmung ihrer Interessen und zur Lösung von mit DKV Seguros entstehenden Konfliktsituationen jederzeit an folgende Beschwerdestellen wenden:

An jedes Büro von DKV Seguros, an den Service zur Vertretung und Wahrung der Kundeninteressen (Defensa del Cliente) oder an unseren Kundenbetreuungsservice.

Schriftliche Beschwerden richten Sie an die folgende Adresse: Defensa del Cliente de DKV Seguros, Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, 50018 Zaragoza; oder per E-Mail: defensacliente@dkvseguros.es; oder telefonisch unter: 900 810 072 unseren Kundenservice.

Ungeachtet der vorstehend genannten Rechtsmittel haben Sie die Möglichkeit, bei dem dafür zuständigen Gericht eine Beschwerde einzureichen.

Der Kunde kann die Form der Antwort und die Adresse, an die diese gesendet werden soll, selbst wählen. Wird keine andere Form dafür festgelegt, wird die Beschwerde schriftlich beantwortet, innerhalb einer Frist von maximal zwei Monaten. Die für die Betreuung durch das DKV Call Center zur Kundenbetreuung geltenden Regelungen liegen in den Büros des Unternehmens zur Einsicht bereit.

Nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten und sofern der Kunde mit der vorgeschlagenen Lösung nicht einverstanden ist, kann er sich an die Beschwerdestelle der Generaldirektion der Versicherungen und Pensionskassen wenden: Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid.

Sobald das vorab gegen DKV Seguros gerichtete Verfahren bestätigt ist, wird ein Verwaltungsverfahren eingeleitet.

2. Grundlegende Konzepte Definitionen

Für die Zwecke dieses Vertrages versteht man unter:

A

Alter, versicherungstechnisches

Dies ist das Alter, das die versicherte Person an ihrem nächsten Geburtstag erreichen wird, auch wenn dieser Tag noch nicht erreicht wurde, als Referenz wird der Zeitpunkt des Inkrafttretens oder der Verlängerung des Vertrags herangezogen.

Ambulant durchgeführte große Operationen

Alle Operationen, die in einem Operationssaal unter Vollnarkose, lokaler oder regionaler Narkose oder Sedierung am Patienten von einem Chirurgen durchgeführt werden und die wenig intensive und kurzfristige postoperative Versorgung erfordern, weshalb kein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich ist und der Patient wenige Stunden nach dem Eingriff nach Hause entlassen werden kann.

Ambulant durchgeführte kleinere chirurgische Eingriffe

Gesundheitsversorgung des Patienten bei Prozessen, die einfache chirurgische Verfahren oder einfache Eingriffe an oberflächlichem Gewebe erfordern, die in der Praxis vorgenommen werden und für die im Allgemeinen Lokalanästhesie erforderlich ist. Die am häufigsten verwendeten Techniken sind chirurgische Exzision und Kryotherapie.

Angeborene Krankheit, Verletzung, Miss- oder Fehlbildung bzw. Defekt

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 erst viel später, zu jedem anderen Zeitpunkt im Leben einer Person.

Antiangiogenese

Biologisches Medikament, das auf den Wachstumsfaktor des vaskulären Endothel (VEGF) einwirkt, essenziell für die Bildung neuer Blutgefäße (Angiogenese), und deren Wachstum verhindert.

Arzt

Examinierter Arzt oder Doktor der Medizin, mit gültiger Approbation zur Ausübung des Arztberufes und damit zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung von Krankheiten, Gebrechen oder Verletzungen, an der die versicherte Person leidet oder die sie erlitten hat.

Arzttermin ohne direkte Anwesenheit (CNP) bzw. Fernberatung

Sie wird in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen als „Fernberatung“ oder auch als E-Sprechstunde, virtuelle oder telematische Sprechstunde bezeichnet.

Die Sprechstunde wird ohne direkte Anwesenheit auf digitalem Weg abgehalten. Der Arzt orientiert, diagnostiziert und / oder behandelt den Patienten und verschreibt Behandlungen. Die Aufnahme des Moduls Fachärzte und/oder medizinische Grundversorgung in die modularen Versicherungen.

Ausschlussfrist

Dies ist **der vertraglich festgelegte Zeitraum**, gerechnet ab dem Zeitpunkt der Entlassung eines jeden Versicherten, in welchem einige der in den Garantien der Police enthaltenen Deckungsleistungen unwirksam sind, **und während zudem bei Diagnose oder den ersten Symptomen einer Krankheit mit Ausschlussfrist kein Anrecht auf jegliche Leistung im Zusammenhang mit dieser besteht und diese vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleibt**. Dieser Zeitraum wird für jede Person, die durch den Vertrag versichert ist, ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Versicherung in Monaten berechnet.

B

Begrenzungsklausel

Eine im Versicherungsvertrag getroffene Vereinbarung, die den Umfang der Versicherungsgarantie begrenzt oder diese Garantie aufhebt, wenn ein risikorelevanter Umstand eintritt.

Begünstigter/Unfallversicherung

Die natürliche oder juristische Person, die nach Ernennung durch den Versicherten das Recht auf Entschädigung innehat. Bei Deckungen für Invalidität ist der Begünstigte der Versicherte selbst.

Begünstigter/ Verdienstauffallsversicherung

Die natürliche oder juristische Person, die in den besonderen Bedingungen bestimmt wurde und Anspruch auf die Entschädigungszahlungen dieses Vertrags hat, und im Todesfall die Person, die ebenfalls in der Police festgelegt ist, wenn in den besonderen Bedingungen keine anderen Vereinbarungen getroffen wurden.

Berechtigter

Person, die von einer anderen Person mit einem Recht ausgestattet wird.

Bereits bestehender Gesundheitsstatus (umgangssprachlich: Vorerkrankung)

Der gesundheitliche Status oder Zustand, der nicht unbedingt pathologisch sein muss (zum Beispiel eine Schwangerschaft), **der vor dem Zeitpunkt einsetzt**, zu dem der oder die Versicherte in den Vertrag aufgenommen wird.

Biomaterialien

Diese natürlichen (biologischer, tierischer oder menschlicher Herkunft) oder künstlichen (durch den Menschen geschaffen) Materialien werden bei der Herstellung von Gerätschaften und von medizinischen Produkten verwendet, die mit biologischen Systemen interagieren, sie kommen in verschiedenen medizinischen Fachgebieten zur Anwendung.

C

Chirurgische Prothesen

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

Chirurgischer Eingriff

Sämtliche Operationen mit einem diagnostischen oder therapeutischen Zweck, vorgenommen mittels des Einschneidens der Haut oder mittels eines internen Zugangs, vorgenommen von einem Chirurgen oder Operationsteam und wofür normalerweise die Nutzung eines Operationsaals in einem zugelassenen Krankenhaus erforderlich ist.

D

DiätassistentIn

Person mit Diplom oder Universitätsabschluss in Humanernährung und Diätetik.

DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen

Gesamtheit der Fachkräfte und medizinischen Einrichtungen, zusammenfassend auch als Gesundheitsleistungsanbieter

bezeichnet, die mit der DKV auf nationaler Ebene (in Spanien) zusammenarbeiten.

E

Eigenmittel

Ärzte, medizinische Fachkräfte, Krankenhäuser und Zentren, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören.

Enzymhemmung und / oder molekulare Hemmer

Geführte biologische Medikamente, die auf ein therapeutisches, intra- oder extrazelluläres Ziel gerichtet handeln und dort die Erzeugung und Übertragung von Signalen auf dem Weg des Zellwachstums verhindern. Zu dieser therapeutischen Untergruppe gehören enzymatische Transkriptionshemmer auf verschiedenen Ebenen (dazu gehören unter anderem Proteinkinase-, Tyrosinkinase-, Proteasomenhemmer).

F

Fachabteilung Schmerzereinheit

Medizinische Fachabteilung, die auf die Behandlung chronischer Schmerzen spezialisiert ist.

Fremdmittel

Ärzte, medizinische Fachkräfte, Krankenhäuser und Zentren,

die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören.

Frühgeburt

Als Frühgeburt gilt eine Geburt, die nach der zwanzigsten und vor der siebenunddreißigsten Schwangerschaftswoche stattfindet.

DKV Seguros übernimmt die medizinischen Kosten einer Frühgeburt, wenn die Versicherte vor Aufnahme in die Versicherung noch nicht schwanger war oder aber aufgrund fehlender Anzeichen und/ oder Symptome einer Schwangerschaft keine Möglichkeit hatte, dies zu wissen.

G

Gentherapie

Das Verfahren, das durch Modifizierung von zellulären Genen die Behandlung von Erbkrankheiten, Krebs, Infektionen und weiteren Erkrankungen ermöglicht.

Eine Gentherapie besteht darin, durch verschiedene Vektoren genetisches Material in eine Zielzelle einzufügen, um so eine therapeutische Wirkung zu erzielen (die Synthese eines Proteins, das von Interesse ist, die Kompensierung eines genetischen Defekts, das Hervorrufen einer Immunantwort gegen einen Tumor oder eine Resistenz gegen eine durch ein Virus entstandene Infektion).

Gesundheitsfragebogen

Fragebogen, der Bestandteil des Vertrages ist und dem Versicherungsnehmer und/oder den zu versichernden Personen von DKV Seguros ausgehändigt wird; er hat zum Ziel, den Gesundheitszustand der zu versichernden Personen zu ermitteln und die Umstände in Erfahrung zu bringen, die möglicherweise Einfluss auf die Risikobewertung beim Abschluss der Versicherung haben können.

H

Honorare für ärztliche und chirurgische Leistungen

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

Hierzu gehören die Honorare des Chirurgen, seiner Assistenz, des Anästhesisten und der Hebamme auch alle weiteren, zur Durchführung des Eingriffs oder der medizinischen Versorgung unabdingbar erforderlichen medizinischen Fachkräfte.

I

Immuntherapie oder biologische Therapie

Die Immuntherapie oder biologische Therapie (manchmal auch Biotherapie

genannt oder Therapie zur Modifikation der biologischen Reaktion) basiert darauf, die Fähigkeit des Immunsystems zu modifizieren, stimulieren oder wiederherzustellen um gegen Krebs, Infektionen und andere Krankheiten zu kämpfen. Diese Therapie wird ebenfalls zur Verringerung bestimmter Nebenwirkungen eingesetzt, die einige onkologische Behandlungsarten verursachen können. Die in der antitumoralen Immuntherapie verwendeten Substanzen und Medikamente sind: Unspezifische Immunmodulatoren, Interferone, Interleukine, Wachstumsfaktoren oder Kolonie-Stimulantien, monoklonale Antikörper und antigenspezifische Antitumormittel, Zytokin-Therapien und Impfstoffe.

Implantat

Darunter zu verstehen ist ein medizinisches Instrument, das geschaffen wurde, um mittels einer Operation oder speziellen Technik vollständig oder teilweise zu diagnostischen, therapeutischen und/oder ästhetischen Zwecken in den menschlichen Körper eingefügt zu werden und das dazu bestimmt ist, nach Abschluss des Eingriffs dort zu verbleiben.

Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT)

Die IMRT ist eine Weiterentwicklung der 3-D-konformalen Bestrahlungstechnik, bei der Bilder verwendet werden, die

von einem Computer anhand von Softwareprogrammen mit invertierter Planung geschaffen werden und die die Größe und Form eines Tumors zeigen und mit der die gebündelte Strahlung eines Multileaf-Linearbeschleunigers aus verschiedenen Winkeln und mit unterschiedlicher Intensität auf den Tumor gerichtet wird, wobei konzentriert maximale Intensität auf den Tumor gerichtet wird und die Dosis begrenzt wird, dem benachbarte gesunde Gewebe ausgesetzt ist. Die spanische Bezeichnung lautet »Radioterapia de intensidad modulada«, abgekürzt RIM.

K

Kardiologische Rehabilitation

Sämtliche nach einem akuten Myokardinfarkt notwendigen Aktivitäten zur Wiedererlangung einer aus körperlichem Blickwinkel optimalen Funktionsebene.

Karenzzeit

Hierbei handelt es sich um den vertraglich vereinbarten Zeitraum, gerechnet ab dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung, in welchem einige der in den Garantien der Versicherung enthaltenen Deckungsleistungen noch keine Geltung haben. Dieser Zeitraum wird für jede Person, die durch den Vertrag versichert ist, ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Versicherung in Monaten berechnet.

Klinische Leitlinie N.I.C.E.

Das dem britischen Gesundheitsministerium zugehörige National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ist eine 1999 gegründete öffentliche, gemeinnützige Organisation, **zuständig für die Bereitstellung von Informationen und Orientierungshilfen für die im Gesundheitssektor Beschäftigten** zu Prävention und Behandlung von Krankheiten **und es gibt auf der Grundlage der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse Empfehlungen heraus zum therapeutischen Nutzen (Sicherheit und Kosten-Effektivität) bestimmter Gesundheitstechnologien und Medikamente (einschließlich zu Radiopharmazeutika, Antitumortheraeutika und onkologischer Medikamente).** Die „Clinical Practice Guidelines“ genannten Anwendungsleitlinien des NICE genießen weltweit hohes Ansehen und sind inhaltlich am fortschrittlichsten, weshalb sie als **Leitlinien zur Bewertung der Effizienz onkologischer Strahlentherapien und Chemotherapien** ausgewählt wurden, denn die von diesem Institut herausgegebenen Empfehlungen basieren auf Artikeln, die höchste Evidenz nachweisen und nicht auf Veröffentlichungen von Expertengruppen oder solchen mit anderer Zweckdienlichkeit.

Klinische Psychologie

Spezialität oder Zweig der Psychologie, die sich mit der Behandlung und Rehabilitation von Anomalien und Störungen des menschlichen Verhaltens befasst.

Klinische Psychologin, klinischer Psychologe

Person mit Studium/
Universitätsabschluss in Psychologie, spezialisiert auf klinische Psychologie.

Krankenhausaufenthalt / Verdienstauffallsversicherung

Klinikeinweisung für mehr als einen Zeitraum von 24 Stunden auf ärztliche Verordnung zu diagnostischen Zwecken oder therapeutischen Absichten.

Krankenhaus oder Klinik

Hierunter fallen alle öffentlichen oder privaten Einrichtungen, die eine gesetzliche Zulassung für die Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Unfällen haben und in denen permanent ärztliches Fachpersonal anwesend ist und die über die notwendigen Mittel verfügen, Diagnosen zu stellen und operative Eingriffe vorzunehmen.

Krankenversicherung mit Komplettschutz

Umfasst sämtliche medizinischen Fachgebiete und Gesundheitsleistungen, die in der Versicherung enthalten sind mittels der Module für medizinische Grundversorgung, fachärztliche

Versorgung sowie ergänzende Diagnose- und Behandlungsmittel sowie für Versorgung bei stationärem Aufenthalt und Chirurgie, wenn dies am direkt am Patienten vorgenommen wird.

Krankheit oder Verletzung

Jede Beeinträchtigung oder Störung des Gesundheitszustandes, die während der Laufzeit des Versicherungsvertrags auftritt und die nicht die Folge eines Unfalls ist. Diagnose und Bestätigung sind durch einen Arzt vorzunehmen, der eine rechtsgültige Approbation oder Zulassung in dem Land oder an dem Ort hat, in oder an dem er praktiziert.

Kosten-Nutzen-Analyse

Diese ermöglicht es, die Kosten für eine oder mehrere medizinische Interventionen in Geldwert ausgedrückt zu vergleichen sowie die daraus resultierenden Lebensjahre in Relation zur zu erzielenden Lebensqualität (QALY), um das gesundheitliche Ergebnis zu messen.

L

Leistungsverzeichnis

Beziehungsgröße, die den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Auflistungen der Erkrankungen und Verletzungen zugewiesenen Dauer des Versicherungsumfangs wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit entspricht.

M

Material, biologisches oder synthetisches

Auch biologische Prothese genannt, die mittels spezieller Technik implantiert, ein Organ oder dessen Funktion ersetzt, regeneriert oder ergänzt.

Hierunter fallen auch Zelltransplantate zu regenerativen Zwecken.

Materialien zur Osteosynthese

Teil oder Element jeglicher Art, das zum Verbinden der beiden Enden eines gebrochenen Knochens oder zur Zusammenfügung zweier Gelenkenden verwendet wird.

Medizinische Fachabteilung

Ein besonders ausgestatteter Bereich oder eine Abteilung in einem Krankenhaus, in dem auf die Vornahme bestimmter Behandlungen spezialisierte Fachärzte und Pflegepersonal tätig sind.

Modernste Medizintechnik

Dies bezieht sich auf neue Anwendungen aus den Bereichen Elektronik, Informatik, Robotik und Biotechnik auf dem Gebiet der Medizin, insbesondere auf Technologien zu Diagnostik und medizinischer Behandlung, bei Operationen und Rehabilitation. Kennzeichnend für diese Techniken sind die hohen Investitionskosten und die Notwendigkeit von im Umgang

damit geschultem Fachpersonal; ihr Einsatz unterliegt den Berichten der Agenturen für die Gesundheitstechnologiefolgenabschätzung (AETS), dabei wird überprüft, ob Sicherheit und Wirksamkeit bei den verschiedenen Indikationen in ausreichendem Umfang vorhanden sind, um den Ersatz bereits existierender Techniken durch diese neuen zu rechtfertigen.

Myokardinfarkt

Akute Koronarobstruktion durch Thrombose oder Embolie.

N

Neonatologie - Behandlung von Frühgeborenen und kranken Säuglingen

Jede medizinische oder chirurgische Handlung, die ein Neugeborenes betrifft und die während seiner ersten vier Lebenswochen (28 Tage) in einem Krankenhaus vorgenommen wird.

Neurorehabilitation

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

an den Folgen schwerer erworbener Hirnschädigung leiden.

Nichtstationäre medizinische Versorgung

Umfasst die diagnostische und / oder therapeutische medizinische Versorgung auf ambulanter Basis, die direkt am Patienten in Arztpraxen, beim Patienten zu Hause und/oder in einem Krankenhaus oder einer Klinik erbracht wird, üblicherweise ohne Übernachtung und bei der ein Aufenthalt von weniger als 24 Stunden vorgesehen ist (z. B. Box für Notfallpatienten, Tagesklinik, etc.).

Große ambulant durchgeführte Operationen werden von diesem Konzept nicht erfasst.

O

Orthopädische Materialien und Orthesen

Es handelt sich um Sanitätsprodukte zur äußerlichen, entweder vorübergehenden oder dauerhaften Anwendung, die individuell an den Patienten angepasst werden und dafür gedacht sind, die strukturellen oder funktionellen Bedingungen des neuromuskulären Systems oder des Skeletts zu modifizieren; für deren Implementierung ist in keinem Fall ein operativer Eingriff erforderlich.

P

Persönliche Beratung oder Beratung:

Sie wird in den **Allgemeinen Bedingungen als konventionelle „Beratung“ bezeichnet**. Es handelt sich um eine Sprechstunde als Unterstützung, **die auf der Anwesenheit bzw. der persönlichen Beziehung des Arztes zum Patienten basiert**. Ihr Zweck besteht darin, zum Erhalt einer Diagnose eine Behandlung durchzuführen und / oder eine Prognose über die Krankheit oder den Gesundheitszustand eines Versicherten zu erstellen.

Pflegebedürftigkeit

Ein dauerhafter Zustand, in dem sich Menschen befinden, die aus verschiedenen Gründen (Alter, Krankheit, Behinderung usw.) die Hilfe einer oder mehrerer anderer Menschen benötigen oder bei der Ausübung der grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens Hilfe benötigen. **Es werden drei Pflegeniveaus unterschieden: 1. Pflegestufe I. Mittlere Abhängigkeit: 2. Pflegestufe II. Schwere Abhängigkeit: 3. Pflegestufe III. Große Abhängigkeit.**

Prämie (oder Beitrag)

Dabei handelt es sich um den Preis der Versicherung. Die Rechnung enthält zudem die Zuschläge und die gesetzlichen Steuern.

Proportionalregel

Darunter versteht man beim einem Schadensfall die Anpassung der Entschädigung an die gezahlte Prämie. Sie kommt zum Einsatz, wenn der Versicherungsnehmer relevante personenbezogene Daten nicht angegeben hat und aufgrund dessen eine niedrigere Prämie zahlt als diejenige, die er zu zahlen hätte, hätte er diese Daten angegeben. So wird im Schadensfall, wenn kein Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers oder Versicherten vorliegt, die Entschädigung im gleichen Verhältnis wie die nicht von DKV Seguros erhaltene Prämie reduziert.

Prostata-spezifisches Antigen (PSA)

Bei dem prostata-spezifischen Antigen (PSA) handelt es sich um ein von der Prostata produziertes Protein. Liegt eine Prostata-erkrankung vor, steigt seine Synthese an.

Psychotherapie

Therapiemethode, die bei einer Person zur Anwendung kommt, die an einem psychischen Konflikt leidet. Die Therapie erfolgt entweder auf Anweisung oder mit Verschreibung eines Psychiaters oder eines Kinderarztes und basiert auf der Anwesenheit von Therapeut und Patient.

R

Radikaloperation oder onkologische Chirurgie

Operativer Eingriff infolge einer Krebsdiagnose, die Brust oder andere Organe betreffend.

Regenerative Medizin

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

Rehabilitation

Sämtliche körperlichen Therapien, die von einem Traumatologen, Neurologen, Rheumatologen oder Reha-Arzt verschrieben und von einem Physiotherapeuten in einem dafür vorgesehenen Rehabilitationszentrum durchgeführt werden. Diese Therapien gelten der Wiederherstellung der Funktionalität derjenigen Bereiche des Stütz- und Bewegungsapparats, die infolge einer Krankheit oder Unfalls beeinträchtigt werden, die während der Laufzeit der Versicherung eintreten.

Roboter- oder computergestützte Chirurgie

Roboterchirurgie, bildgeführte oder computergestützte Chirurgie wird das Verfahren zur Vornahme chirurgischer Eingriffe genannt, die mithilfe eines ferngesteuerten laparoskopischen

Roboters, den Anweisungen eines im OP-Saal befindlichen Chirurgen folgend, durchgeführt werden. Der Eingriff erfolgt durch ein aus der Distanz geführtes virtuelles oder navigationsgestütztes Computersystem mithilfe einer speziellen Software mit 3D-Bildern, die mithilfe eines Computers erhalten werden.

S

Schwangerschaftskomplikationen

Jede klinische Situation, die aufgrund einer Erschwerung oder Komplikation im Verlaufe einer Schwangerschaft oder im Kindbett zurückzuführen ist, unabhängig vom Ausgang.

Selbstbeteiligung

Im Fall der Garantie für tägliche, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, bedeutet Eigenbeteiligung die Anzahl der anfänglichen Tage eines jeden Schadens, die keinen Leistungsanspruch generieren.

Bei der Deckung über vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung werden als Selbstbeteiligung die Tage erachtet, die im Rahmen der Leistungserbringung von den Tagen, die in der Übersicht des Anhangs I für jede Diagnose aufgeführt sind, abzuziehen sind.

Stationär im Krankenhaus erfolgende medizinische Versorgung

Mit einer stationär im Krankenhaus direkt am eingewiesenen Patienten durch einen Facharzt und/oder Chirurgen erfolgender medizinischer Versorgung oder Aufenthalt im Krankenhaus, in das der Versicherte zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung für die Dauer von mindestens 24 Stunden stationär aufgenommen wird.

Stationärer Aufenthalt zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung

Stationäre Einweisung, die notwendig ist zur medizinischen Versorgung oder Durchführung operativer Eingriffe.

Beinhaltet die während des stationären Aufenthalts anfallenden Kosten, weiter die aus der medizinischen oder operativen Behandlung resultierenden Arzthonorare sowie Aufwendungen für gegebenenfalls erforderliche Prothesen.

Stationäre Einweisung und Aufenthalt aus sozialen und/oder familiären Gründen

Es handelt sich um die Einweisung oder die Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes, die nach Urteil eines Arztes von DKV Seguros nicht auf ein objektives medizinisches Krankheitsgeschehen zurückzuführen ist, sondern die einen sozialen und/oder familiären Hintergrund haben. Diese Fälle werden durch die Versicherung nicht gedeckt.

T

Telemedizin

Sie basiert auf der sicheren Übertragung von Daten und medizinischen Informationen durch Text, Ton, Bild oder andere Formen, die für die Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und Überwachung des Patienten erforderlich sind. Dazu gehören zahlreiche Unterstützungsmodi, u. a. Fernberatung, Ferntherapie, Fernüberwachung, Fernradiologie, Fernpathologie, Ferndermatologie, Fernophthalmologie und Fernchirurgie.

Teletherapie

Geplante virtuelle Behandlungen, die ohne Anwesenheit über das entsprechende „DKV-Netz Fernmedizinischer Gesundheitsleistungen“ je nach Versicherungsart nach vorheriger Genehmigung durch das Unternehmen über verschiedene Kommunikationswege (Sprache, Text, Videoanruf), angeboten werden. Sie variieren je nach Art der Behandlung. Sie wird in das Modul Fachärzte in den modularen Versicherungen aufgenommen.

Temporäre Arbeitsunfähigkeit

Als Folge einer Erkrankung oder eines Unfalls hervorgerufene, durch die Police gedeckte Situation, infolge der die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit vorübergehend und nicht uneingeschränkt ausführen kann.

Tomotherapie, ein strahlentherapeutisches Verfahren

Als Tomotherapie wird ein in Echtzeit bildgeführtes strahlentherapeutisches Verfahren bezeichnet, bei dem im selben Equipment CT und ein binärer Multileaf-Linearbeschleuniger (64 Lamellen) integriert sind. Hierbei handelt es sich um eine weiterentwickelte Form der Strahlentherapie, die es erlaubt, vor der Bestrahlung ein dreidimensionales Bild (3D) vom Tumor zu erhalten und die Strahlung aus vielen verschiedenen Richtungen auf den Tumor zu richten; möglich ist dies, da die Strahlungsquelle des Geräts sich spiralförmig um den Patienten dreht. Die spanische Bezeichnung lautet »tomoterapia helicoidal«

U

Unanfechtbarkeit des Versicherungsvertrags

In den Versicherungsvertrag aufgenommenem Vorteil, wodurch DKV Seguros die Deckung für jede Vorerkrankung eines Versicherten übernimmt, nachdem ab dem Zeitpunkt seiner Aufnahme in den Versicherungsvertrag ein Jahr vergangen ist; Voraussetzung dafür ist, dass diese Erkrankung dem Versicherten nicht bekannt war und er diese im Gesundheitsfragebogen nicht absichtlich verschwiegen hat.

Unfall

Jede Art von körperlicher Verletzung, die während der Laufzeit des Vertrags erlitten wird und nachgewiesenermaßen das Ergebnis eines vom Versicherten nicht beabsichtigten, plötzlichen, gewaltsamen, externen Ereignisses ist und das zu zeitlich begrenzter oder dauerhafter Invalidität oder zum Tod führt.

Darüber hinaus wird Folgendes als Unfall betrachtet:

Ersticken oder Verletzungen durch Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Eintauchen oder Untertauchen oder Verschlucken von Flüssigkeiten oder Feststoffen, die keine Lebensmittel sind.

Infektionen, die als Folge eines Unfalls entstehen.

Muskelrisse und -zerrungen durch durch plötzliche Anstrengung.

Verletzungen, die bei legitimen Verteidigungsfällen oder der Rettung von Personen oder Eigentum entstehen.

Verletzungen infolge chirurgischer Eingriffe oder medizinischer Behandlungen, die durch einen von der Versicherungspolice deckenden Unfall verursacht wurden.

Nicht als Unfall wird Folgendes betrachtet:

Krankheiten jeglicher Art.

Eingriffe oder Operationen, die vom Versicherten selbst an seiner Person verursacht werden.

Verletzungen durch ionisierende Strahlung jeglicher Art, einschließlich solcher, die aus der Modifikation des Atomkerns resultieren.

V

Verkehrsunfall

Ein Unfall, erlitten durch den Versicherten als Fußgänger, Nutzer eines öffentlichen Verkehrsmittels, Passagier eines Linien- oder Charterflugs, Fahrer eines Autos oder Mitfahrer im Auto, Fahrer eines Fahrrades oder Kleinkraftrades, wenn der Versicherte auf einer öffentlichen oder für die Öffentlichkeit zugelassenen privaten Straße zirkuliert, unabhängig von der Klassifizierung der Straße innerhalb des Straßenverkehrswegenetzes.

Versicherer

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

Versicherte Person / Unfallversicherung

Person, die die deckungsgarantien bei todesfall oder Arbeitsunfähigkeit in der Unfallzusatzversicherung abschließt.

Versicherter

Ist die Person, die Gegenstand des Versicherungsvertrags ist.

Versicherung Modalität Individual (Einzelversicherung)

Im Sinne des Vertragsabschlusses wird eine Versicherung als in der Modalität Individual oder Einzelversicherung geschlossen bezeichnet, wenn mindestens eine und maximal neun Personen durch den Vertrag versichert sind und alle, unabhängig vom bestehenden Interesse, versichert zu sein, eine Verbindung haben. Normalerweise handelt es sich um Familienangehörige ersten Grades (die versicherte Person, der Ehe- oder Lebenspartner und deren noch nicht selbstständige Kinder, die das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht haben und die alle an einem gemeinsamen Familienhaushalt wohnen). Die Versicherung wird in keinem Fall aufgrund obligatorischen Anschlusses (colectivo cerrado/geschlossenes Kollektiv) oder freiwillig (colectivos abiertos/offene oder cofinanciados/kofinanzierte Kollektive) und auch nicht zu bestimmten im Voraus zwischen DKV Seguros und dem Kollektiv vereinbarten Vertragskonditionen geschlossen.

Versicherung Modalität Kollektiv (Gruppenversicherung)

Im Sinne einer Vertragsschließung gilt die Versicherung als Modalität Gruppenversicherung, wenn mindestens 10 Personen versichert sind, die alle unabhängig vom Interesse daran, versichert zu sein, eine Verbindung haben und die gesetzlichen Bedingungen der Versicherungsfähigkeit erfüllen. Ihre Versicherung erfolgt entweder durch obligatorischen Zugang (colectivo cerrado) oder freiwillig (colectivos abiertos oder cofinanciados) und kommt zu Vertragskonditionen zustande, die DKV Seguros vorab mit einem Kollektivpartner vereinbart hat.

Versicherungsantrag oder informativer Vertragsentwurf

Enthält neben den im Vertragsentwurf enthaltenen Information und der Datenschutzrichtlinie einen von der DKV Seguros herausgegebenen Fragebogen zum Gesundheitszustand, in dem der Versicherungsnehmer das Risiko beschreibt, das er versichern möchte, unter Angabe aller ihm bekannten Umstände, welche die Einschätzung des Risikos beeinflussen könnten. Die Beantwortung der von DKV Seguros gestellten Fragen hat wahrheitsgemäß zu erfolgen.

Versicherungsleistung

Die in den Besonderen Versicherungsbedingungen angegebene tägliche Geldleistung.

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

Für die einzelnen Deckungen der Versicherungspolice festgelegter Betrag, der im Schadensfall die Höchstenschädigung darstellt.

Versicherungsvertrag (manchmal auch Police genannt)

Dabei handelt es sich um eine andere Bezeichnung für den Versicherungsvertrag. Dies ist das Dokument, das die Allgemeinen und die Besonderen Vertragsbedingungen und die Sonderbedingungen sowie Zusatzvereinbarungen oder Nachträge enthält, die dem Vertrag zur Ergänzung oder Modifizierung hinzugefügt werden.

Der Versicherungsantrag und die Gesundheitserklärung gehören ebenfalls zur Police.

Vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit

Irreversibler, körperlicher Schaden, der durch eine Krankheit oder einen Unfall ohne Einwirkung des Versicherten verursacht worden ist und Grund

für die vollständige und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Berufstätigkeit oder Arbeitsbeziehung darstellt.

Vorbestehende Zustände und Vorerkrankungen

Als vorbestehender Zustand wird ein Gesundheitszustand (z. B. Schwangerschaft), eine organische Veränderung oder Störung bezeichnet, die bereits vor dem Zeitpunkt des Abschlusses oder des Inkrafttretens der Versicherung bestanden hat, unabhängig davon, ob diese bereits von einem Arzt diagnostiziert worden ist.

Vorerkrankung

Erkrankung oder Verletzung, die aus ärztlicher oder medizinischer Sicht bereits vor Inkrafttreten der Police bestand, obwohl sie nicht diagnostiziert war.

Vorsatz

Täuschung, Betrug, boshafter und treuloser Wille bei der Erfüllung der in einem Vertrag eingegangenen Verpflichtungen.

Z

Zusatzprämie

Zusätzlicher Beitrag oder ergänzende Prämie, die für die Deckung eines Risikos bezahlt wird, das durch die Allgemeinen Vertragsbedingungen ausgeschlossen wird.

Zuzahlung

Der für jede medizinische Handlung im Voraus festgelegte Betrag, den der Versicherungsnehmer und/oder Versicherte für die Inanspruchnahme des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen selbst bezahlt; diese Beträge sind in der „Tabelle zu Gruppen medizinischer Handlungen und Zuzahlungen“ aufgeführt, die zu den Besonderen Vertragsbedingungen und/oder zu den Sonderbedingungen gehört.

Zytostatikum

Zytotoxisches Medikament, das in der onkologischen Chemotherapie Verwendung findet und die Fähigkeit hat, die Krebsentwicklung zu verlangsamen, in dem es direkt auf die Integrität der DNA-Kette (Deoxyribonucleic Acid) und die Zellmitose einwirkt und so die normale Zellvermehrung hemmt, sowohl die der gesunden als auch die der tumoralen Zellen. Aufgrund ihres Wirkmechanismus gehören zu dieser therapeutischen Untergruppe: Alkylanzien, Antimetabolite, Alkaloide aus Pflanzen sowie andere Naturprodukte, zytotoxische Antibiotika, platinhaltige Verbindungen und solche mit Methylhydrazin.

3. Modalität und Umfang der Versicherung

3.1 Krankenversicherung

3.1.1 Gegenstand der Versicherung

Mit dieser Versicherung garantiert der Versicherer, DKV Seguros, in dem durch diese Allgemeinen Vertragsbedingungen, die Besonderen Vertragsbedingungen, die Sonderbedingungen und/ oder im Fragebogen zur Angabe gesundheitlicher Risiken festgelegten Umfang die Deckung der ambulanten medizinischen und chirurgischen Gesundheitsversorgung sowie der Versorgung im Krankenhaus für alle Krankheiten und Verletzungen, deren Fachgebiete durch den Vertrag erfasst werden, und in der Art und Weise, die durch die unter Vertrag genommene Versorgungsmodalität gedeckt wird, nachdem der dafür zu leistende Versicherungsbeitrag entrichtet wurde.

Diagnostische und therapeutische Fortschritte, die während der Laufzeit der Versicherung in der Medizin erzielt werden, finden nur dann Aufnahme und werden den Deckungsleistungen der Versicherung hinzugefügt, wenn:

1. Die Validierungsstudien über deren Sicherheit sowie die Kosten-Nutzen-Bewertung durch einen Bericht der Agenturen für die Beurteilung von Gesundheitstechnologien, die den regionalen Gesundheitsbehörden oder dem Gesundheitsministerium unterstellt sind, positiv bewertet und genehmigt werden.

2. Sie ausdrücklich in Artikel 3.1.6 „Beschreibung des Versicherungsumfangs“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Behandlungsmethoden eingeschlossen sind.

Bei jeder Erneuerung dieses Versicherungsvertrags nennt DKV Seguros die Techniken und Behandlungen, die neu berücksichtigt und den Deckungsleistungen für den nächsten Versicherungszeitraum hinzugefügt werden.

3.1.2 Modalität der Versicherung
„DKV Profesional“ ist eine

Krankenversicherung, deren Abdeckung stufenweise in drei Modulen strukturiert ist, von geringem bis umfassenden Versorgungsumfang, und die einzeln oder zusammen erworben werden können:

1. Das Modul Erstversorgung.
2. Das Modul fachärztliche medizinische Versorgung und zusätzliche Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen.
3. Modul Stationäre medizinische Versorgung und Chirurgie.

Die Module zur medizinischen Versorgung der Krankenversicherung „DKV Profesional“ können einzeln oder in verschiedenen Kombinationen abgeschlossen werden, um den Bedürfnisse des Versicherten gerecht zu werden.

Die Krankenversicherung „DKV Profesional“ bietet über das landesweit verfügbare „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ medizinische und chirurgische Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen für die von den jeweils abgeschlossenen Versicherungsmodulen abgedeckten Fachbereiche, vorausgesetzt, dass der ständige Wohnsitz des Versicherten in Spanien liegt und sofern keine ausdrückliche Genehmigung von DKV Seguros vorliegt.

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

Sollte an einem Ort eine der im Versicherungsumfang enthaltenen Leistungen nicht angeboten werden, wird diese an einem anderen Ort erbracht, den der Versicherte frei wählen kann und an dem diese Leistung erbracht werden kann.

Dieses Recht auf freie Arzt- und Klinikwahl befreit DKV Seguros von der direkten, solidarischen oder subsidiären Haftung für Handlungen von Leistungserbringern, über die die Versicherung aufgrund des Berufsgeheimnisses, der Vertraulichkeit von Patientendaten und des Verbotes der Einmischung in die ärztliche Therapiefreiheit keinerlei Kontrolle hat. Medizin ist eine Aktivität der Mittel, nicht der Ergebnisse. Aus diesem Grund kann die DKV nicht garantieren, dass ärztliche Handlungen, die durch die Versicherung gedeckt sind, immer zu einem positiven Ergebnis führen.

Die Modalität der Leistungserbringung gründet auf Artikel 105 Absatz 1 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes Ley

de Contrato de Seguro „Bezahlung von Aufwendungen für medizinische Leistungen“, ohne dabei selbst direkt die Leistungen zu erbringen, diese werden durch medizinische Fachkräfte und qualifizierte Zentren erbracht. Im Fall fehlerhafter medizinischer oder klinischer Praxis verpflichtet sich der Versicherte, Aktionen ausschließlich gegen den Leistungserbringer oder das medizinische Zentrum zu richten, das die Leistung erbracht hat und gegen dessen Haftpflichtversicherer; er verzichtet darauf, Aktionen gegen DKV Seguros zu richten.

Bestandteil der für die Nutzung dieser Versicherung getroffenen Regelungen sind die vom Versicherten zu erbringenden Zuzahlungen für den Zugang zu bestimmte Leistungen.

In keinem Fall erfolgt als Ersatz für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen eine ersatzweise Auszahlung von Bargeld.

3.1.3 Zugang zu den Deckungsleistungen

DKV Seguros händigt dem Versicherungsnehmer die nicht übertragbare Versichertenkarte DKV MEDICARD® zur persönlichen Nutzung als Identifikationsmedium gegenüber den Leistungserbringern für alle mitversicherten Personen aus. Weiterhin erhält der Versicherungsnehmer die Information

über das „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“, 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 des „DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen“ entrichtet die versicherte Person für durchgeführte medizinische Behandlungen einen bestimmten Betrag (vergleichen Sie auch: „Wir beantworten Ihre Fragen“ - Versichertenkarte DKV MEDICARD®).

Die durch die Versicherung in den verschiedenen Modulen gedeckten Leistungen können entweder frei zugänglich sein oder aber es kann eine im Voraus einzuholende Autorisierung von DKV Seguros erforderlich sein.

Im Allgemeinen besteht freier Zugang zu Terminen oder Fernberatungen im Bereich der medizinischen Grundversorgung, zu Fachärzten der medizinischen und chirurgischen Fachgebiete, grundlegenden Untersuchungen und Notfallterminen.

Eine Autorisierung ist erforderlich für Krankenhauseinweisungen, chirurgische Eingriffe, Prothesen und chirurgische Implantate, Psychotherapiesitzungen, Fußchirurgie, Vorsorgeprogramme

und Vorsorgeuntersuchungen, Krankenwagenbeförderung, Fernbehandlungen, ärztliche Behandlungen und komplexe Diagnoseuntersuchungen, die „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ erläutert werden.

In vertragsgebundenen Einrichtungen des „DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen“ muss die Versichertenkarte DKV MEDICARD® zur Identifikation vorgelegt werden.

Sie sind ebenfalls dazu verpflichtet, Ihren Personalausweis bzw. ein anderes offizielles Identifikationsdokument (Reisepass, Aufenthaltsgenehmigung o.ä.) vorzulegen, wenn Sie vom medizinischen Personal oder der Assistenz dazu aufgefordert werden.

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

Um diese Autorisierungen auszustellen, die Versicherungsfälle zu bearbeiten und über zusätzliche Leistungen und/oder Pläne zu Vorsorge und Gesundheitsförderung zu informieren,

ist DKV Seguros dazu berechtigt, medizinische Informationen einzuholen, die im Zusammenhang stehen mit den Verschreibungen, auch direkt beim Leistungserbringer und/oder Gesundheitszentrum; die Versicherung ist auch dazu berechtigt, beim Versicherten einen zusätzlichen Arztbericht anzufordern, aus dem Anamnese, Risikofaktoren, Diagnose und die Notwendigkeit zur Behandlung hervorgehen.

Unbeschadet der Ausführungen in den vorherigen Absätzen ist bei Notfällen die Verordnung eines Arztes des „DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen“ 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.

Liegt ein Notfall vor, trägt DKV Seguros so lange die Kosten, bis die Versicherung Zweifel an der Anweisung des Arztes zum Ausdruck bringt oder sie der Meinung ist, dass die Versicherung die vorgenommene ärztliche Handlung oder den Krankenhausaufenthalt nicht deckt.

Unter Notfall wird in diesem Fall diejenige Hilfeleistung (medizinischer

oder sanitärer Art) verstanden, die, wenn sie nicht unverzüglich und ohne Aufschub geleistet wird, das Leben des Patienten oder seine körperliche Unversehrtheit gefährden oder seine Gesundheit auf Dauer ernsthaft beeinträchtigen kann.

Autorisierungen können Sie telefonisch bei unserem Callcenter unter 900 810 072, auf unserer Webseite www.dkvseguros.com oder in den Filialen von DKV Seguros anfordern.

3.1.4 Versorgung durch Fremdmittel, also Leistungserbringer, die dem „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ nicht angehören.

DKV übernimmt weder die anfallenden Kosten für Honorare von Ärzten oder Leistungserbringern, die dem „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ nicht angehören noch die Kosten für Krankenhausaufenthalte oder Leistungen, die diese Fachkräfte anordnen oder verschreiben.

DKV übernimmt ebenfalls nicht die angefallenen Kosten von Krankenhausaufenthalten oder Leistungen, die in dem staatlichen Gesundheitssystem angehörenden Zentren oder privaten erbracht werden, die nicht dem „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ angehören; dies gilt unabhängig davon, wer der verschreibende oder behandelnde Arzt oder Leistungserbringer ist.

Im Falle eines Notfalls, dessen Definition, also was darunter verstanden wird, in diesem Dokument gegeben wird trägt mit ausdrücklicher Autorisierung der Versicherung DKV Seguros die in Einrichtungen, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören anfallenden Kosten für erbrachte Gesundheitsdienstleistungen, sofern diese in der abgeschlossenen Modalität enthalten sind.

Unter Notfall wird in diesem Fall diejenige Hilfeleistung (medizinischer oder sanitärer Art) verstanden, die, wenn sie nicht unverzüglich und ohne Aufschub geleistet wird, das Leben des Patienten oder seine körperliche Unversehrtheit gefährden oder seine Gesundheit auf Dauer ernsthaft beeinträchtigen kann.

Der Versicherte hat DKV innerhalb der ersten 72 Stunden nach der erfolgten stationären Aufnahme oder dem Beginn der Gesundheitsdienstleistung, die erbracht wird, darüber in nachweisbarer Form zu informieren.

Sofern der Gesundheitszustand des Patienten dies zulässt, erfolgt eine Verlegung in eines der Krankenhäuser oder Zentren des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen.

Für die Versorgung im Ausland enthalten alle Module der Krankenversicherung „DKV Professional“ eine Reisesversicherung. Bei Bedarf

einer medizinischen Versorgung im Ausland muss unter der Telefonnummer +34 913 790 434 Kontakt aufgenommen werden.

3.1.5 Klausel zu Forderungsübergang und der 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 für die Abtretung oder den Übergang von Rechten an DKV Seguros erforderlichen Unterlagen zu unterschreiben.

3.1.6 Beschreibung der Deckungen

Fachbereiche, Gesundheitsleistungen und sonstige Leistungen, die durch diesen Vertrag in Abhängigkeit des abgeschlossenen Modells gedeckt sind und die in Abschnitt 3.1.9 „Versicherungsleistungen in Abhängigkeit von dem oder den unter Vertrag genommenen Modul(en)“ aufgeführt sind, sind folgende:

3.1.6.1 Medizinische Grundversorgung

Allgemeinmedizin: Medizinische Versorgung, ambulant in der Arztpraxis und zu Hause, die Verschreibung elementarer Diagnosemittel.

Kinder- und Säuglingsheilkunde:

Umfasst die medizinische Versorgung von Kindern bis zum Alter von 14 Jahren, ambulant in der Arztpraxis und zu Hause sowie die Verschreibung elementarer Diagnosemittel.

Eingeschlossen sind elementare medizinische Blutuntersuchungen (nicht eingeschlossen hormonale, immunologische und genetische Tests sowie molekularbiologische Tests), Urinuntersuchungen, Ultraschall des Unterleibs und einfache, konventionelle Radiographie (ohne Kontrastmittel).

Leistungen der Krankenpflege (Injektionen und Wundversorgung):

Versorgung durch examinierte Krankenpflegekräfte in der Arztpraxis oder zu Hause, nach vorheriger schriftlicher Anforderung durch den Arzt, der den Versicherten betreut.

Transportservice im Krankenwagen:

Für Fälle mit dringend bestehender Notwendigkeit; umfasst die Beförderung auf dem Landweg von dem Ort aus, an dem die versicherte Person sich befindet bis in das nächstgelegene, der unter Vertrag genommenen Versicherungsmodalität entsprechend zuständige, dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angeschlossene Krankenhaus, in dem die Behandlung vorgenommen werden kann, und wieder zurück; die Leistung wird beim Eintritt besonderer Umstände körperlichen Unvermögens erbracht,

die es dem Patienten unmöglich machen, gewöhnliche Transportmittel zu benutzen (öffentliche Verkehrsmittel, Taxi, privater Pkw).

Transporte im Brutkasten sind ebenfalls versichert.

In all diesen Fällen ist die von einem Arzt des „DKV Netzwerks für Gesundheitsleistungen“ schriftlich erteilte Verordnung erforderlich, begleitet von einem Bericht, aus dem die Notwendigkeit des begleiteten Transports hervorgeht.

3.1.6.2 Notfälle

Permanente Notfallzentren: Um in Notfällen Gesundheitsversorgung zu erhalten, ist eines der Zentren aufzusuchen, die zu diesem Zweck ausgewiesen sind und dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören.

Wurde das Modul „medizinische stationäre Versorgung abgeschlossen und wurde aufgrund eines Notfalls ein Notfallzentrum aufgesucht, das nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört, hat der Versicherte oder eine Person in ihrem Namen dies innerhalb von 72 Stunden nach Einlieferung in nachweisbarer Form mitzuteilen.

Unter Notfall wird in diesem Fall diejenige Hilfeleistung (medizinischer

oder sanitärer Art) verstanden, die, wenn sie nicht unverzüglich und ohne Aufschub geleistet wird, das Leben des Patienten oder seine körperliche Unversehrtheit gefährden oder seine Gesundheit auf Dauer ernsthaft beeinträchtigen kann.

Liegen keine medizinischen Gründe vor, die gegen eine Verlegung sprechen, kann DKV Seguros die Versorgung in ein vertraglich gebundenen Krankenhaus oder Zentrum verlagern und stellt die für die Verlegung erforderlichen Mittel bereit.

3.1.6.3 Medizinische und chirurgische Fachgebiete:

Allergologie und Immunologie:
Impfungen sind von den Versicherten zu tragen.

Anästhesiologie und Reanimation:
Einschließlich Epiduralanästhesie / Periduralanästhesie.

Angiologie und Gefäßchirurgie

Verdauungsapparat

Kardiologie und Kreislaufapparat:
Umfasst die kardiologische Rehabilitation nach akutem Myokardinfarkt.

Kardiovaskuläre Chirurgie

Allgemeine Chirurgie und Chirurgie des Verdauungstraktes. Eingeschlossen sind bariatrische Operationen, wenn der BMI gleich oder größer ist als 40 (morbid Adipositas) und der Eingriff in einem dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Zentrum innerhalb Spaniens erfolgt.

Oral- und Kieferchirurgie

Kinderchirurgie

Plastische Chirurgie und Wiederherstellungschirurgie: Umfasst chirurgische wiederherstellende Eingriffe nach Läsionen, im Wesentlichen durch Plastiken (Formung von Organen und Gewebeteilen) und durch Transplantate.

Ausgeschlossen ist die plastische Chirurgie zu ästhetischen Zwecken, außer in den folgenden Fällen:

1. Onkoplastische Rekonstruktion der Brust nach radikaler Operation und wenn nötig während desselben chirurgischen Eingriffs eine brustchirurgische OP zur Angleichung der gesunden Brust (Durchführung zeitlich begrenzt auf maximal zwei Jahre nach der onkologischen OP). Enthalten sind Implantate, Expander und Netze.

2. Therapeutische Brustrekonstruktion nach Mastektomie der gesunden kontralateralen Brust bei Frauen, die

zuvor wegen Brustkrebs operiert wurden und Trägerinnen von Mutationen der BRCA1- und BRCA2-Gene sind. Diese Operation ist bei Frauen, die nicht von Brustkrebs betroffen sind, ausgeschlossen.

3. Brustverkleinerung (Mamoplastie) bei Frauen über 18 Jahre mit Gigantomastie (die einzelne Brust wiegt mehr als 1500 g), bei denen zudem einen Abstand von der Brustwarze zur oberen Sternum-Kerbe von mehr als 32 cm vorhanden ist, die einen Körpermassenindex von kleiner oder gleich 30 aufweisen und bei denen eine Mindest-Entnahme von 1000 g pro Brust erforderlich ist.

Thoraxchirurgie: Einschließlich Sympathektomie bei Hyperhidrosis (zur Behandlung von übermäßigem Schwitzen).

Periphere Gefäßchirurgie: Inbegriffen sind die chirurgischen Techniken und die endovaskuläre Ablation durch Laser oder Radiofrequenz von Krampfadern des Grades C3 oder höher gemäß der klinischen Einstufung von chronischen Venenerkrankungen (CEAP), außer den unter Abschnitt 5 f aufgeführten Ausnahmen („Deckungsausschlüsse“) in den Allgemeinen Bedingungen.

Dermatologie, medizinisch-chirurgische Versorgung: Eingeschlossen ist die ambulante

Phototherapie mit schmalbandiger UV-B-Bestrahlung bei Indikationen, die genannt werden unter Abschnitt 3.1.6.5 („Therapeutische Verfahren“) der Allgemeinen Vertragsbedingungen.

Endokrinologie und Ernährung

Geriatrie

Gynäkologie: Eingeschlossen sind Diagnose und Behandlung von Frauenkrankheiten. Deckung besteht für Familienplanung, Laserbehandlungen (CO₂, Erbium und Diode), Sterilitätsdiagnose und Früherkennung gynäkologischer Krebserkrankungen mittels zwei Screening-Modalitäten, alternativ und untereinander inkompatibel, wie eine jährliche gynäkologische Untersuchung und die spezifischen, in mehrjährigen Abständen durchzuführenden Präventionsprogramme (siehe Beschreibung Abschnitt 3.1.6.7.4. der Allgemeinen Vertragsbedingungen).

Ebenfalls besteht für Frauen, die zuvor wegen Brustkrebs operiert wurden und Trägerinnen von Mutationen der BRCA1- und BRCA2-Gene sind, Deckung für die Vornahme einer Mastektomie der gesunden kontralateralen Brust als Alternative zur aktiven Überwachung.

Behandlungen der assistierten Reproduktion sind vom Versicherten

zu tragen (siehe Abschnitt „Zusätzliche Leistungen“).

Hämatologie und Hämotherapie

Hebammen: Examierte Pflegekräfte mit einem Abschluss im Fachgebiet Geburtshilfe.

Innere Medizin

Nuklearmedizin

Nephrologie

Neonatalogie

Atemwegs- und Lungenheilkunde (Pneumologie): Dazu gehört die **respiratorische Rehabilitation, für Kinder im Alter von unter 10 Jahren mit einer jährlichen Beschränkung auf maximal 10 Sitzungen und für Kinder ab 10 Jahren und für Erwachsene mit maximal 3 Sitzungen pro Jahr**, bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen und bei Folgen von COVID-19. Ebenso ist die **Heimtherapie mit CPAP/ BiPAP bei schwerem obstruktivem Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom (OSAHS) gedeckt (Einschlusskriterien unter Abschnitt 3.1.6.5 »Therapeutische Verfahren« dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen).**

Neurochirurgie

Neurologie

Obstetrik / Geburtshilfe: Umfasst die Überwachung von Schwangerschaften sowie die Geburtsbegleitung.

Eingeschlossen ist der Triple-Test, auch Serum-Screening oder pränataler Suchtest bezeichnet, ein kombinierter Test, der im ersten Quartal der Schwangerschaft durchgeführt wird, weiter Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie, dabei werden Gewebeproben des Fötus bzw. der Plazenta entnommen und untersucht, um möglicherweise vorliegende Fehlentwicklungen oder chromosomale Besonderheiten des Ungeborenen zu identifizieren. **Der vorgeburtliche genetische Test des mütterlichen Blutes auf Trisomie 21 (Down), 18 (Edwards) und 13 (Patau) wird nur beim Vorliegen einer Risikoschwangerschaft, Mehrfachschwangerschaft sowie bei Vorgeschichte mit wiederholten Fehlgeburten (zwei oder mehr) unbekannter Ursache gedeckt und dann, wenn der Triple-Test des ersten Schwangerschafts quartals positiv ausgefallen ist** (mit Risiko einer Anomalie des Fötus von mehr als 1/250).

Außerdem umfasst der Versicherungsschutz die **nicht-invasive Untersuchung der fetalen Lungenreife während der letzten drei Schwangerschaftsmonate** als Ersatz für die Amniozentese. Die Untersuchung hat zum Ziel, Atemwegsprobleme bei Neugeborenen festzustellen und

vorzubeugen, sofern aufgrund von Komplikationen ein erhöhtes Risiko auf eine Frühgeburt oder einen Kaiserschnitt vor der 37. Schwangerschaftswoche besteht.

Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde: bei „DKV Professional“ in jedem seiner Module: Eingeschlossen sind in der Versicherung Besuche beim Zahnarzt, Extraktionen, Mundhygiene, stomatologische Wundbehandlung und die damit im Zusammenhang stehende Dentalradiologie.

Im Modul „Fachärzte“ werden ebenfalls für Patienten bis zum Alter von 14 Jahren Fissurenversiegelungen und Zahnfüllungen gedeckt.

Die übrigen, nicht von der Versicherung gedeckten zahnärztlichen Leistungen werden mit Kostenbeteiligung durch den Versicherten durch den Service für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit erbracht (siehe Abschnitt »Zusätzliche Leistungen«).

Augenheilkunde: Eingeschlossen sind das Crosslinking, Hornhauttransplantationen, operative Laserbehandlungen außer zur Korrektur visueller Refraktionsdefekte (Myopie, Hyperopie und Astigmatismus) und von Presbyopie, **diese gehen zulasten des Versicherten** (siehe Abschnitt »Zusätzliche Leistungen«).

Onkologie: Dazu gehört das OSNA Verfahren (intraoperative molekulare Analyse der Sentinel-Lymphknoten) **bei Brustkrebs im Frühstadium, ohne lymphatische Ausbreitung.**

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Oto-Rhino-Laryngologie):

Eingeschlossen sind Adenotonsilplastik, Operation der Nasenturbinaten oder Turbinoplastik, Ablation bei rhinosinusalen Pathologien mittels Hochfrequenz sowie die Verwendung von Laser im OP, **ausgenommen Gaumensegeloperationen, auch Schnarchoperation, obstruktive Schlafapnoe oder Uvulopalatopharyngoplastik genannt.**

Proktologie: Eingeschlossen ist die Verwendung von chirurgischem Laser zur Behandlung rektaler und hämorrhoidaler Pathologien; ebenfalls **Rehabilitation des Beckenbodens in Fällen von Anismus (Beckenbodendyssynergie) oder analer Inkontinenz**, die nicht auf eine Therapie ansprechen, mit vorheriger Verschreibung durch einen Facharzt für Verdauungskrankheiten und **bis zu der jährlichen Höchstgrenze von 10 Sitzungen pro Versichertem.**

Psychiatrie: In der Hauptsache neurobiologische Behandlungen

Rehabilitation: Behandlungen, die in einem dafür geeigneten

Rehabilitationszentrum, unter der Anleitung eines Facharztes für rehabilitative Medizin, unterstützt durch Physiotherapeuten, durchgeführt werden, um wiederherstellbare Funktionen der Teile des Bewegungsapparates wiederherzustellen, die durch Krankheit oder Unfall verletzt wurden.

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

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

Rheumatologie

Traumatologie: Eingeschlossen sind Arthroskopie, perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse.

Urologie: Eingeschlossen ist die Verwendung des chirurgischen Holium-Lasers bei endourologischen Konkrementen, stenotischen und tumoralen Pathologien sowie sogenannte „Greenlightlaser“, Holium-, Tulium-, Dioden-Laser (KTP und HPS) zur operativen Behandlung gutartiger Prostatahyperplasie, vorgenommen in dafür zugelassenen Zentren innerhalb Spaniens. Weiter Beckenbodenrehabilitation bei Harninkontinenz, Vasektomie sowie die Untersuchung und Diagnose der männlichen Sterilität und Unfruchtbarkeit.

3.1.6.4 Diagnosemittel und Diagnoseverfahren

Sie muss je nach der vertraglich vereinbarten Versicherungs-Modalität von einem Arzt aus dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen verschrieben werden und den Grund für die Exploration enthalten. Eingeschlossen sind die Kontrastmittel bei den unter diesen Abschnitt fallenden diagnostischen Tests, wenn diese für deren Durchführung erforderlich sind.

Klinische Analysen, pathologische Anatomie und Zytopathologie

Entnahme von Untersuchungsmaterial zur Vornahme von

Laboruntersuchungen mittels Hausbesuch: Eingeschlossen ist die Blutentnahme mittels eines Hausbesuchs beim Versicherten, jedoch nur dann, wenn eine vorherige ärztliche Verschreibung und die ebenfalls im Voraus erteilte Autorisierung durch die Versicherung vorliegen und wenn anhand eines ärztlichen Gutachtens nachgewiesen wird:

a) Pflegebedürftigkeitsgrad 3 (große Abhängigkeit) gekennzeichnet durch die absolute Unfähigkeit des Versicherten, seine Wohnung zu verlassen oder

b) Pflegebedürftigkeitsgrad 2 (schwere Abhängigkeit), gekennzeichnet durch die Schwierigkeit des Versicherten, seine Wohnung ohne ständige Unterstützung oder Aufsicht eines Dritten zu verlassen. In diesem Fall wird eine Höchstgrenze von 2 Entnahmen pro Versicherten im Kalenderjahr festgelegt.

Für den Zugang zu dieser Leistung müssen Sie die Module Grundversorgung und Facharztversorgung gemeinsam unter Vertrag genommen haben.

Radiodiagnostik: Umfasst komplexe radiologische Diagnosetechniken (mit Kontrast), Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) sowie Knochendensitometrie.

Diagnostische Darmspiegelungen:

zur Früherkennung von Verletzungen des oberen Verdauungstraktes (Ösophagoskopie, Gastroskopie und Duodenoskopie) und des unteren (Koloskopie, Sigmoidoskopie und Rektoskopie).

Kapselendoskopie: zur Diagnose verborgener Blutungen/Darmlutungen unbekannter Herkunft.

Therapeutische diagnostische Darmspiegelungen: inbegriffen sind die Biopsie der Verletzungen und / oder die chirurgische Behandlung der Pathologie des oberen und unteren Verdauungstrakts.

Fiberbronchoskopie: Zu Diagnosestellung und/oder Behandlung.

Kardiologische Diagnosestellung: Elektrokardiogramm, Belastungstests, Echokardiogramm, Holter, Doppler und Hämodynamik.

Eingeschlossen ist ebenfalls die **kardiale Mehrschicht Computertomographie** (Kardio CT 64) nach akutem Myokardinfarkt und postoperativ bei Herzpathologien. die Herzspektographie oder **Stress-Ruhe-Myokardperfusion SPECT**, einschließlich Radiopharmaka, um die koronare Perfusion bei ischämischer Herzkrankheiten und allgemeine oder regionale ventrikuläre Funktion bei Herzinsuffizienz und Kardiomyopathien.

Ferner ist inbegriffen die **Herz-Magnetresonanz** zur Beurteilung und Überwachung bei koronarer Arteriopathie, kardialen Valvulopathien, kongenitalen Kardiopathien, nicht-ischämische Kardiomyopathien, Aortenkrankheit, Perikardie und Herztumoren.

Neurophysiologie: Elektroenzephalografie, Elektromyographie usw.

Schlafmedizin, Schlaflabor: Polysomnographie oder respiratorische Polygraphie bei pathologischen Prozessen, nach vorheriger Anforderung durch einen Facharzt.

Diagnostische und interventionelle Radiologie, vaskulär und viszeral.

Optische Kohärenztomographie (OCT): in der ophthalmologischen Diagnostik, nach Protokoll allgemein anerkannter klinischer Praxis.

Hightech-Diagnostetechnik: Zugang über dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer, in damit ausgestatteten Zentren innerhalb Spaniens.

a) Enthalten sind computertomographische Angiographie (CTA) kardiale Mehrschicht-

Magnetresonanztomographie (kardiale MRT) **zur Diagnose zerebraler und abdominaler arterieller und venöser Pathologien der Gefäße, Überwachung und Kontrolle der Integrität von Gefäßprothesen, Bewertung arterieller Dilatationen und Aneurysmen, vaskulärer Malformationen und Koartationen, unabhängig von ihrer Lage.**

b) Magnetresonanztomographie (MR-Arthrographie) **bei osteochondralen und tendinösen Pathologien bei schwieriger Diagnosestellung, Magnetresonanztomographie (MRC) und Magnetresonanztomographie (MRCP) zum Ausschluss von Cholelithiasis bei cholezystektomierten Patienten und von onkologischen Pathologien in Gallen- und Pankreasgängen.**

c) Urographie mittels Mehrschicht-Computertomographie (CT-Urographie) der Harnwege (Sammelsystem, Ureter und Blase) zur Untersuchung **angeborener Anomalien, bei Nierenkolik oder Koliken der ableitenden Harnwege, wenn vorherige radiologische Tests nicht konkludent sind, nach radikaler Operation der Harnwege und wenn eine intravenöse Urographie (IVU) oder Ureterorenoskopie kontraindiziert ist.**

d) **Eingeschlossen sind Positronen-Emissions-Tomographie (PET), einzeln oder in Kombination mit einer Computertomographie (PET-CT) oder Magnetresonanztomographie (PET-MRT) bei Krebsprozessen und anderen klinischen Indikationen, für deren Einsatz durch die spanische Arzneimittelbehörde (AEMPS) eine Genehmigung erteilt wurde und die im Datenblatt des Radiopharmakons 18 Fluorodesoxyglucose (18F-FDG) zusammengefasst sind, das dabei gewöhnlich verwendet wird.** Darüber hinaus wird ein PET mit Gallium bei gastroentero-pankreatischen neuroendokrinen Tumoren gedeckt.

e) Die Single-Photon-Emissions-Tomographie (Spektroskopie SPECT), Gammagrafie und Magnetresonanztomographie (MRS) oder NMR-Spektroskopie hoher Auflösung oder Feldstärke (3 Tesla MRT): **Zu onkologischer Diagnostik und/oder bei nicht auf medizinische Behandlung ansprechender Epilepsie, nach Protokollen allgemein anerkannter klinischer Praxis.**

f) **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.

In dieser Hinsicht gelten als einzige Ausnahmen:

1. Die Bestimmung von HLA DQ.2 und DQ8 zur Diagnose von Zöliakie oder Glutenunverträglichkeit ist bei Kindern, die Symptome zeigen und deren serologische Marker Veränderungen aufweisen, bis zum Alter von 16 Jahren gedeckt; ebenfalls für Erwachsene, für die Endoskopie und/oder eine Biopsie des Verdauungstrakts kontraindiziert oder nicht konkludent sind.

2. Plattform zur Erstellung eines genomischen Profils anhand prognostisch-prädikativer Marker zu Brustkrebs im Frühstadium, wodurch die Einschätzung des Risikos eines erneuten Auftretens von Brustkrebs und die Notwendigkeit oder Nicht-Notwendigkeit einer Chemotherapie nach einer Operation ermöglicht wird. Diese Tests werden durch die Versicherung gedeckt, wenn folgende Kriterien erfüllt sind (obligatorisch, sämtliche Kriterien müssen erfüllt werden):

a) **Frau, unter 75 Jahre**, mit infiltrierendem Adenokarzinom der Brust, vor kurzem operiert (seit dem Eingriff sind weniger als 8 Wochen vergangen).

b) **Mit positiven Hormonrezeptoren**

c) **Epidermaler Wachstumsfaktor HER2 negativ (EGF2-Rezeptor)**

d) Tumor mit einem Durchmesser von mehr als 0,5 cm, **im Stadium T1-T2 ohne Lymphknotenbefall oder Fernmetastasen (N0 und M0)**. Sind pathologische Lymphknoten vorhanden (**N1mic**), besteht Deckung, wenn Mikrometastasen (weniger als 2 mm) und nicht mehr als 3 Knoten betroffen sind.

Gedeckt wird durch das der Versicherungsmodalität entsprechend gültigen DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen ausschließlich diejenige genomische Plattform, zu deren Anwendung die Versicherung Vereinbarungen geschlossen hat.

3. Der Brustkrebs-Gentest (BRCA 1 und 2) bei Frauen mit Brust- oder Eierstockkrebs, deren Familienanamnese zum Verdacht führt, dass es sich um familiären, erblichen Krebs handelt. Durch die Versicherung gedeckt, wenn diese beiden Kriterien erfüllt sind:

a) Es gibt zwei oder mehr Verwandte 1. und 2. Grades, die von Brust- oder Eierstockkrebs betroffen sind.

b) Einer dieser Verwandten hat Brustkrebs vor dem 50. Lebensjahr

erlitten oder Eierstockkrebs, unabhängig vom Alter, oder der Brustkrebs ist bilateral.

g) Endobronchialer Ultraschall (EBUS) zur Diagnose von **dem Bronchialbaum benachbarter onkologischer Pathologien** (in der Lunge und Mediastinum), **die mit anderen Methoden nicht zugänglich sind und, wenn nötig, deren Biopsie.**

h) Die sektorale oder strahlenförmige Endoskopie (EUS) des Verdauungstrakts zur Bewertung submuköser Läsionen, zur Lokalisierung von neuroendokrinen Tumoren und zur Identifizierung des Fortschritts bei Magen-Darm- und Bauchspeicheldrüsen-Krebs und zur Feststellung von Rezidiven außerhalb der Wand des Magen-Darm-Kanals.

i) Brust-Tomosynthese (3D) zu Kontrolle und Überwachung fibrozystischer Pathologien und zur onkologischen Frühdiagnose bei dichtem Brustgewebe, wodurch unnötige Biopsien vermieden werden.

j) 3D und 4D Ultraschall in der Schwangerschaft: Diese ermöglichen einen Gesamtüberblick über die Anatomie des Fötus in Echtzeit. Umfasst die ärztliche Verschreibung durch einen Facharzt **und unter Einhaltung der Obergrenze von einer Untersuchung pro versicherter Person und Jahr.**

k) Einzelphotonen-Emissionscomputertomographie (kurz SPECT) zur Sichtbarmachung der zerebralen Perfusion und der Dopamin-Transporter (DAT-Scan), zur Erstellung einer Differentialdiagnose der Parkinson-Krankheit zu anderen Bewegungsstörungen.

l) MR-Enterographie zur Diagnose von obstruktiven und entzündlichen Darmerkrankungen oder CT-Enterographie bei Blutungen des Dünndarms okkulten Ursprungs.

m) Multiparameter-Magnetresonanztomographie (mpMRT) um weitere Indikationen zur Früherkennung des verborgenen Prostatakarzinoms bei folgenden Indikationen:

1) Hohes klinisches Risiko, wenn mindestens zwei dieser Kriterien erfüllt sind: Ein anhaltend erhöhtes prostataspezifisches Antigen im Blut über mehr als drei Monate (im folgenden PSA) von zwischen 4 bis 10 ng/ml, ein PSA-Wert (frei/ insgesamt) von unter 20 und/oder eine verdächtige Prostataoberfläche bei der rektalen Untersuchung durch Abtasten (bewertet werden Größe, Festigkeit, Konsistenz sowie im Vergleich zu normalen Referenzwerten vorhandene Abweichungen).

2) Zuvor erfolgte ultraschallgeführte Prostata-Biopsie negativ.

3) Feststellung lokaler Ausbreitungsgrad des Prostatakarzinoms

4) Aktive Überwachung oder Planung von Fokaltherapie

5) Rezidivverdacht nach onkologischer Behandlung

n) Elastographie der Leber (Fibroscan)

Hiermit kann der Grad der Leberfibrose ohne Biopsie festgestellt werden, sowohl bei Leberzirrhose als auch bei Hepatitis B und C und bei chronischen cholestatischen Erkrankungen.

Maximal eine Exploration pro Versicherungsnehmer und Jahr.

Ausgeschlossen bei alkoholbedingten Lebererkrankungen und beim metabolischen Syndrom (alkoholfreie Lebersteatose).

3.1.6.5 Therapeutische Verfahren Aerosoltherapie, Sauerstofftherapie und Beatmungstherapie, bei Lungen- oder Atemwegserkrankungen, vorgenommen entweder im Krankenhaus oder zu Hause.

Die Kosten der Medikamente sind vom Versicherten zu tragen.

Analgesie und Schmerzbehandlung: Gedeckt sind Behandlungen, die von auf diese Techniken spezialisierten Einheiten durchgeführt werden; **es**

gelten die Deckungsbeschränkungen für ambulant verabreichte Medikation, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen festgelegt wurden (siehe Abschnitt 31.7.x »Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen«).

UVB-Schmalband-Lichttherapie

(UVB-BE): In dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angeschlossenen Fachzentren, zur Behandlung von **ausgedehnter Psoriasis** (mehr als 20 der Körperoberfläche betroffen) und bei idiopathischen, pruriginösen, **entzündlichen chronischen Dermatosen mit großer Ausdehnung** (Rumpf und Extremitäten), **wenn eine pharmakologische Behandlung nicht wirksam war. Hier gilt eine Obergrenze von 35 Sitzungen pro Versichertem und Jahr.**

Atemtherapie zu Hause, bei schwerem

obstruktivem Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom (OSAHS): Unter Verwendung mechanischer Geräte, die Druckluft (CPAP oder BiPAP) in den oberen Atemwegen erzeugen, **bis zu einer Höchstgrenze von zwanzig Sitzungen pro versicherter Person und Jahr, wenn der Apnoe-Hypopnoe-Index pro Stunde (AHI) größer als 30 ist.** Eingeschlossen ist die respiratorische Polygraphie zur Dosistitration, um das Gerät anzupassen und das geeignete Behandlungsniveau zu erreichen.

Strahlentherapie: Umfasst lineare Elektronenbeschleuniger, Kobalt-Therapie, intrakranielle stereotaktische Radioneurochirurgie, intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) **und radioaktive Isotope, deren diagnostischer oder therapeutischer Nutzen durch die EMA (European Medicines Agency) und den klinischen Leitfaden NICE bestätigt wurde.**

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

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

1. Intrakranielle fraktionierte stereotaktische Strahlentherapie (TTEF) bei Tumoren des Rhinopharynx und solchen, die sich in der Nähe von Nervenstrukturen befinden.

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

3. Fraktionierte stereotaktische extrakranielle oder korporale

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 nichtkleinen Zellen in lokalisiertem Stadium, Karzinome und Metastasen in Leber, Lunge, Wirbelsäule, Nebennieren sowie inoperable primäre Bauchspeicheldrüsen-Tumore).

Brachytherapie: Zur Behandlung von Prostata-, Genital-, Brust- und gynäkologischem Krebs

Dialyse und Hämodialyse: Die Behandlung wird sowohl bei ambulanter als auch stationärer Behandlung bereitgestellt, jedoch ausschließlich zur Behandlung während der konkreten Tage einer akuten Niereninsuffizienz. **Ausdrücklich ausgeschlossen hiervon sind chronische Erkrankungen.**

Unterdruck- oder Vakuumdrucktherapie (V.A.C.) oder Topische Negative Drucktherapie (T.N.P.). Gedeckt nur im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes zur Abheilung torpider Wunden oder chronischer Geschwüre (venöse, arterielle und neuropathische), die auf eine medizinische oder chirurgische Behandlung nicht ansprechen **und während eines stationären Krankenhausaufenthaltes nach 6**

Wochen Behandlung noch nicht abgeheilt sind oder sich über einen Zeitraum von einem Monat bei herkömmlicher Behandlung nicht um mindestens 50 verkleinert haben.

Podologie: umfasst Fußchirurgie und Operationen für einen eingewachsenen Nagel und Plantarpapillome **mit einer Wartezeit von sechs Monaten.**

Transplantationen: Cornea, Herz, Leber, Knochenmark und Niere.

Gedeckt werden alle Kosten, die mit der Transplantation des Organs für den Empfänger im Zusammenhang stehen sowie die Histokompatibilitätstestung.

Nicht gedeckt werden die Kosten für Entnahme, Transport und Lagerung des zu verpflanzenden Organs. Vollständige Deckung besteht indes bei einer Augenhornhauttransplantation.

Transplantate: Eingeschlossen sind Transplantate von Haut und Knochen autologer Herkunft sowie von Knochen, Sehnen, Bändern allogener Herkunft, die aus Knochen- und Gewebebanken stammen.

Transfusion von Blut und/oder Plasma im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts.

Therapie bei der Gelenkersatzchirurgie (Endoprothetik) und in der chirurgischen

Behandlung von unkonsolidierten Frakturen (Pseudarthrose) **mit Plasma, das reich an Plättchen oder oder Thrombozyten-Wachstumsfaktoren ist (PRGF).**

Physiotherapie: Physiotherapeutische Behandlungen müssen von ausgebildeten Fachkräften in dafür geeigneten Rehabilitationszentren, die den Anforderungen des Artikels 3.1.6.3 in Bezug auf Rehabilitationszentren und neurologischen Rehabilitationszentren entsprechen. Zudem ist zur Durchführung von Physiotherapien **zur Wiederherstellung der Funktionen des Stütz- und Bewegungsapparats die vorherige Verordnung eines Physiotherapeuten, Traumatologen, Rheumatologen oder Neurologen notwendig. Die klinischen Indikationen, die in Artikel 3.1.6.3 aufgeführt sind, erfordern die Verordnung eines Neurologen.**„Neurorehabilitation für erworbene schwere Hirnschäden“).

Ebenfalls **wird durch die Versicherung gedeckt Physiotherapie beim Versicherten zu Hause, begrenzt auf maximal 20 Sitzungen pro Kalenderjahr nach einem Krankenhausaufenthalt (von mehr als 24 Stunden) und wenn zuvor eine Verschreibung durch einen der im vorstehenden Absatz genannten Fachärzte erfolgt und die Versicherung die Autorisierung erteilt hat und wenn dies durch ein ärztliches Gutachten nachgewiesen wurde:**

a) Pflegebedürftigkeitsgrad 3 (schwere Abhängigkeit) mit der absoluten Unfähigkeit des Versicherten, seine Wohnung zu verlassen oder

b) Pflegebedürftigkeitsgrad 2 (schwere Abhängigkeit) mit der Schwierigkeit des Versicherten, seine Wohnung ohne ständige Unterstützung oder Aufsicht eines Dritten zu verlassen.

Für den Zugang zu dieser Leistung müssen Sie die Module Facharztversorgung und Krankenhausaufenthalte und Chirurgie gemeinsam unter Vertrag genommen haben.

Lasertherapie, eingeschlossen als Rehabilitationstechnik.

Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie zur Zertrümmerung von Nieren- und Gallensteinen.

Muskel-Skelett-Lithotripsie (maximal fünf Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr) in Referenzzentren des „DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen“ 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 und/oder Rehabilitation erfolglos war.

Therapeutische Hochtechnologie: Zugang über dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer, in damit ausgestatteten Zentren innerhalb Spaniens.

a) Radiofrequenz-Ablation in der Kardiologie, geführt durch Navigationssystem oder Carto Mapping (3D) oder elektroanatomisches nicht-fluoroskopisches Vorhof-Mapping, bei folgenden Indikationen:

- > **Umlaufende Isolierung der Lungenvenen bei hochsymptomatischem paroxysmalem Vorhofflimmern (mit drei oder mehr Episoden pro Jahr), wenn der Versicherte jünger als 70 Jahre ist.**
- > **Persistentes Vorhofflimmern (länger als ein Jahr), durch Antiarrhythmika nicht beeinflussbar (2 oder mehrere, Amiodaron eingeschlossen) sofern keine Komorbidität vorliegt (z. B. arterielle Hypertonie, Schlafapnoe-Syndrom) und sofern der linke Vorhof kleiner als 5 Zentimeter ist.**
- > **Atriale oder ventrikuläre Arrhythmien im Zusammenhang mit angeborenen Herzerkrankungen**
- > **Bei komplexen aurikulären Arrhythmien, ohne strukturelle Kardiopathie, wenn mindestens**

zwei zuvor mit konventionellen radiologischen Systemen geführte **Ablationen nicht wirksam 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 3D-Neuronavigation assistierte Operation, intrakraniell und bei Rückenmarkstumor. Computerisiertes System für Echtzeit-Bilddigitalisierung, zur Führung des Chirurgen bei komplexen neurologischen oder mit hohem Risiko verbundenen Interventionen.

d) Roboterassistierte, laparoskopische radikale Prostatektomie bei organbegrenztem Prostatakrebs: Eingeschlossen, wenn sie durch dem der Versicherungsmodalität **entsprechend gültigen DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen** angeschlossene und entsprechend ausgerüstete Zentren mit dem roboterassistierten Da-Vinci-Operationssystem durchgeführt wird, **sofern die Einschluss- und/oder Ausschlusskriterien erfüllt werden, die durch die spanischen Agenturen zur Beurteilung von Gesundheitstechnologien**

»Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias (AETS)« herausgegeben werden und wenn dem Versicherten zuvor die Autorisierung durch DKV Seguros erteilt wurde. **Nur mit der Versicherung DKV Profesional gedeckt, wenn Sie die Module Facharztversorgung und Krankenhausaufenthalte gemeinsam unter Vertrag genommen haben.**

d.1) Einschlusskriterien sind:

- > Bei Patienten mit diagnostiziertem, lokalisiertem Prostata-Adenokarzinom, mit einem PSA von 15 ng/ml oder darunter.
- > Bei einer Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren.
- > Transrektaler Ultraschall der Prostata ohne Anzeichen einer extrakapsulären Beteiligung und ebensowenig der Bläschendrüse (Stadium T1-T2).
- > Ohne lymphatische Invasion und ohne Metastasen (N0 und M0).
- > Narkose-Risikogruppe ASA I oder II.

d.2) Ausschlusskriterien sind:

- > PSA über 15 ng/ml.
- > Extrakapsuläre Beteiligung, lymphatische Invasion oder Metastasierung.

- > **Narkose-Risikogruppe ASA über II (schwere Gerinnungsstörungen, schwere Atemstörungen, schweres Glaukom, früherer Herzinfarkt).**
- > **Vorherige onkologische Abdominalchirurgie.**

e) System zum intraoperativen neurophysiologischen Monitoring (MNIO) des Nervensystems bei intrakraniellen Eingriffen, bei Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsen-Operationen und Operationen zu Fusion oder Arthrodese von zwei oder mehr Zwischenwirbelräumen der Wirbelsäule. Überwachungssystem, verbessert die operative Sicherheit des Patienten und erleichtert die Arbeit des Neurochirurgen. Damit Deckung durch die Versicherung gegeben ist, ist die schriftliche Verschreibung eines Arztes erforderlich.

f) Kognitive 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 drei Monate) und zuvor durchgeführten, negativen ultraschall-geführten Prostata-Biopsien.**

g) Moderne operative Endoskopie der Verdauungsorgane: Eingeschlossen

sind zwei minimalinvasive Techniken, nach allgemein anerkannten Protokollen:

g.1) Endoskopische Mukosa Resektion (EMR) oder Mukosektomie: Zur Durchführung von umfassenden diagnostischen Biopsien und zur lokalen Behandlung von **prämaligen** oder malignen oberflächlichen Läsionen (**Barrett-Ösophagus und hochgradige Dysplasie**) im Frühstadium im oberen Verdauungstrakt (**begrenzt auf die Magenschleimhaut und mit einem Durchmesser von 2 cm oder kleiner**).

g.2) Endoskopische Submukosadisektion (ESD): Ermöglicht die vollständige oder in Blöcken erfolgende operative Entfernung **von oberflächlichen oder ulzerierten bösartigen Tumoren im gesamten Verdauungstrakt, die größer als 2 cm sind.** Diese Operation ist angezeigt, wenn aufgrund der Merkmale der malignen Läsion keine anderen Techniken angewendet werden sollten und die Wahrscheinlichkeit von assoziierten regionalen Lymphmetastasen minimal ist.

Einschlusskriterien für die endoskopische Submukosadisektion:

1) Gut differenziertes flaches, oberflächliches Adenokarzinom ohne Ulzeration, jegliche Größe, auch größer als 5 cm.

2) Gut differenziertes Adenokarzinom mit Ulzeration, mit einem Durchmesser von weniger als 3 cm.

3) Gering differenziertes Adenokarzinom und/oder Siegelringzell-Karzinom des Magens im Frühstadium, kleiner als 2 cm.

4) Gut differenziertes Adenokarzinom mit oberflächlicher submukosaler Invasionstiefe ohne lymphovaskuläre Beteiligung.

h) Transperineale

Prostatabiopsie durch Bildfusion von multiparametrischer

Magnetresonanztomographie

(RMNmp) und transrektalem Echtzeit-

Ultraschall (ERT): Aufnahme in den

Deckungsumfang zur Früherkennung

von okkultem Prostatakrebs, wenn die

Erhöhung des prostataspezifischen

Antigens (PSA zwischen 4 - 10 ng/ml)

mit einem PSA-Verhältnis (frei / gesamt)

von weniger als 20 (0, 2) länger als

drei Monate anhält und negativen

Ergebnis einer zuvor vorgenommenen

ultraschallgeführten Biopsie.

i) Moderne laparoskopischer

Chirurgie, durchgeführt mit dem

roboterassistierten Da-Vinci-

Operationssystem, wird aufgenommen

für Teilnephektomien beim

Nierenmarzinom, sofern die folgenden

die Ein- und / oder Ausschlusskriterien

erfüllt werden:

a) Einschlusskriterien:

1. Alter: Älter als 18 Jahre und jünger als 70 Jahre

2. Narkose-Risikogruppe ASA I/II

3. Überwiegend exophytischer Tumor (nach außen wachsend), kleiner als 4 cm (Durchschnitt an der weitesten Stelle)

4. **Tumor kleiner als 4 cm bei Monorene** (Patienten mit nur einer Niere)

b) Ausschlusskriterien:

> Narkose-Risikogruppe ASA III (schwere Gerinnungsstörungen, schwere Atemstörungen, schweres Glaukom, früherer Herzinfarkt) oder darüberliegend

> Bereits früher erfolgte Nierenoperationen

> Unfähigkeit, Pneumoperitoneum zu ertragen

> Thrombose der Vena renalis

> Mehrere Tumoren

Logopädie und Phoniatrie:

Eingeschlossen, mit Verschreibung durch einen HNO-Arzt, ist die Stimmtherapie zur Behebung von Veränderungen der Stimme, die infolge organisch bedingter

Ursachen (infektiöse, traumatische und onkologische Pathologien) der Stimmbänder eingetreten sind.

Logopädische Sprecherziehung: Gedeckt ist die **Aussprache- und Sprachtherapie bei Sprachbehinderungen** (Artikulation, Redegewandtheit, atypische Deglutition oder orale Dysphagie) **sowie Spracherziehung bei Kindern** (rezeptiv und expressiv), **mit einer jährlichen Höchstanzahl von 20 Sitzungen je Versichertem und bei Rehabilitation bei Sprachveränderung oder -verlust bei Erwachsenen nach einer akuten Hirnblutung (Schlaganfall) bis zu 20 Sitzungen pro Jahr je Versichertem.**

Onkologische Chemotherapie:

Bereitgestellt werden die antitumoralen Zytostatika, die der Erkrankte benötigt und gegebenenfalls die Port-Implantation zur intravenösen Perfusion; dies gilt für ambulant, in einer Tagesklinik und auch während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführte Behandlungen, vorausgesetzt, diese wurde durch einen Arzt des dafür zuständigen Fachgebietes verschrieben.

Was die Arzneimittel angeht, so deckt DKV Seguros die Kosten der **Zytostatika**, die auf dem spanischen Markt verabreicht werden, sofern sie vom spanischen Gesundheitsministerium zugelassen wurden und unter Abschnitt 2 »Grundkonzepte. Definitionen« genannt werden,

weiter die Kosten für **endovesikale Behandlungen (Instillationen), Arzneimittel der Palliativmedizin** ohne Antitumorwirkung, die simultan in derselben Behandlungssitzung mit den Zytostatika verabreicht werden, um deren nachteilige oder sekundäre Wirkung zu vermeiden und/oder die Symptome der Krankheit zu kontrollieren.

3.1.6.6 Medizinische Versorgung, stationär im Krankenhaus

Stationäre medizinische Versorgung wird erbracht in Kliniken und Krankenhäusern, es ist die schriftlich erfolgte Verschreibung eines Arztes erforderlich sowie innerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen die entsprechende Autorisierung vonseiten der Versicherung.

Dies umfasst die Kosten des Krankenhausaufenthaltes sowie die infolge der durchgeführten Behandlungen fälligen medizinischen und chirurgischen Honorare.

Darüber hinaus sind folgende Leistungen ausdrücklich eingeschlossen:

- > Onkologische Behandlungen: Strahlentherapie, Brachytherapie und Chemotherapie.
- > Therapie mit thrombozytenreichem Plasma, bei dem die enthaltenen

- Thrombozyten nach Aktivierung eine Vielzahl von Wachstumsfaktoren produzieren: Bei Eingriffen zu Gelenkersatz und der chirurgischen Behandlung nichtheilender Frakturen (Pseudarthrose).
- > Bei vakuumunterstützter Verschlusstherapie (VAC) oder Therapie mit topischem Unterdruck (PNT) bei den Indikationen **und mit den Beschränkungen, die genannt werden in Abschnitt 3.1.6.5 »Therapeutische Verfahren«.**
 - > OSNA (One Step Nucleic Acid Amplification) Technik bzw. Verfahren: Intraoperative molekulare Analyse der Lymphknoten. Eingeschlossen bei Brustkrebs im Frühstadium ohne Lymphknotenbeteiligung.
 - > Lithotripsie in Niere und Gallenblase und des Muskel-Skelett-Systems
 - > Dialyse und Hämodialyse
 - > Operationen der Gruppen II bis VIII gemäß Einteilung der spanischen Ärztekammer Organización Médica Colegial (OMC), ausschließlich bei Vornahme in einem Krankenhaus.
 - > Größere ambulante Operationen, therapeutische Endoskopien des Verdauungstraktes und diagnostische und / oder therapeutische Fibrobronchoskopien
 - > Interventionelle bzw. invasive vaskuläre und viszerale Radiologie
 - > Techniken zur Familienplanung: Tubenligatur und Vasektomie
 - > Intrakranielle Radiochirurgie (stereotaktische Bestrahlung) in der Neurochirurgie
 - > Arthroskopische Chirurgie, moderne endoskopische Chirurgie des Verdauungstraktes (Mukosektomie und endoskopische Submukosadissektion).
 - > Adenotonsilplastik, Operation der Nasenmuscheln oder Turbinoplastik und Radiofrequenz-Ablation bei rhinosinusaler Pathologie.
 - > Einsatz von chirurgischem Laser in Gynäkologie, Ophthalmologie, Proktologie, peripherer Gefäßchirurgie und im HNO-Bereich.
 - > Endourologischer Holmium-Laser, GreenLight Laser (HPS und KTP), Dioden-, Holmium- oder Tulium-Laser, zur chirurgischen Behandlung der gutartigen Prostatahyperplasie.
 - > Perkutane Nukleotomie und Chemonukleose
 - > Therapeutische Hochtechnologie **(siehe vom Versicherungsschutz abgedeckte Behandlungen)**

**unter Artikel 3.1.6.5
Behandlungsmethoden)**

- > Chirurgische Prothesen
- > Zahlung eines Tagegeldes bei stationärem Krankenhausaufenthalt

Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist die Benutzung eines Standardeinzelzimmers mit Sanitärzelle und Bett für eine Begleitperson (außer bei psychiatrischen Behandlungen, bei Behandlungen auf der Intensivstation oder bei Frühgeborenen, die in einem Inkubator versorgt werden). Ebenso abgedeckt sind die Aufwendungen für die Verpflegung des Patienten, die allgemeinen Krankenhauskosten für die Pflege, die Aufwendungen für die Benutzung der Spezialstation, zusätzliche diagnostische Verfahren, Anwendungen, Verbandmittel, die Aufwendungen für Benutzung des Operationssaals sowie der Entbindungsstation und Anästhesiemittel und Medikamente und Implantate aus biologischen Materialien und / oder Biomaterialien mit therapeutischem Zweck, wie in Artikel 3.1.6.7 „Chirurgische Prothesen“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. **Ausdrücklich ausgeschlossen sind biologische Medikamente oder medizinische Biomaterialien, die nicht im genannten Artikel 3.1.6.7 erwähnt sind, und die Therapien des Artikels 3.1.7. r „Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen“**

Weiter wird je nach dem Grund der Behandlung und/oder der Art der geleisteten stationären Behandlung unterschieden zwischen:

1. Krankenhausaufenthalt zur medizinischen Versorgung (ohne chirurgischen Eingriff)

Hierzu gehören die verschiedenen medizinischen Fachgebiete zu Diagnosestellung und/oder Behandlung von Krankheitsbildern, für die eine stationäre Aufnahme erforderlich ist, und bezogen auf Patienten, die älter als 14 Jahre sind.

2. Krankenhausaufenthalt zur Vornahme eines chirurgischen Eingriffs. Versichert sind alle chirurgischen Fachgebiete; zur Behandlung von Pathologien, für die ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist, einschließlich der voroperativen und voranästhesistischen Untersuchungen (Beratung, Blutuntersuchung und EKG), unmittelbar nachoperative Visiten, Heilmaßnahmen und Wundversorgung (bis zu zwei Monate nach dem chirurgischen Eingriff), ambulant durchgeführte große Operationen und gegebenenfalls erforderliche Prothesen.

3. Krankenhausaufenthalt im Rahmen der Geburtsmedizin. Eingeschlossen ist die Behandlung des Facharztes für Obstetrik und/oder der Hebamme bei stationärer Einweisung während

der Schwangerschaft und/oder der Entbindung; weiter das Kinderbett und/oder der Inkubator für das Neugeborene für die Dauer des stationären Aufenthalts, bis zu maximal 28 Tagen.

4. Pädiatrischer

Krankenhausaufenthalt (Kinder unter 14 Jahren). Eingeschlossen ist die kinderärztliche Versorgung sowohl bei einem konventionellen Krankenhausaufenthalt als auch im Inkubator.

5. Stationäre Psychiatrie.

Eingeschlossen ist die Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie.

Im Versicherungsschutz sind lediglich akute Fälle eingeschlossen. Der Aufenthalt ist auf maximal 60 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.

6. Stationäre Behandlung auf der Intensivstation.

Schließt die Behandlung durch einen Facharzt für Intensivmedizin ein.

7. Stationärer Aufenthalt für Dialyse und bei künstlicher Niere.

Schließt bei akuter Niereninsuffizienz die Behandlung durch einen Nephrologen oder einen Internisten ein.

3.1.6.7 Ergänzende Deckungen

Präventivmedizin Hierzu gehören die folgenden Programme, gemäß allgemein anerkannter Protokolle:

1. Das Gesundheitsprogramm Kinder

Umfasst:

- > Gymnastische Übungen und psychoprophylaktische Vorbereitung auf die Geburt mit praktischem und theoretischem Unterricht für Säuglingsbetreuung sowie präventive Beckenboden-Rehabilitation nach der Geburt (gedeckt für maximal **vier Monate nach der Entbindung**), durchgeführt in einem der Versicherungsmodalität entsprechend gültigen DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angeschlossenen Behandlungszentrum, **mit einer Höchstgrenze von maximal 10 Sitzungen pro Jahr.**
- > Weiter die Gesundheitsuntersuchungen des Neugeborenen; inklusive Neugeborenen-Screening auf Stoffwechselerkrankungen (Phenylketonurie und angeborene Hypothyreose), das Neugeborenenhör-Screening (NHS) zur Früherkennung von Schwerhörigkeiten, Test auf Sehstörungen sowie Neugeborenen-Ultraschall.
- > **Die Verabreichung der Impfungen** im Rahmen des für Spanien obligatorischen Impfprogramms für Kinder in den akkreditierten

Impfzentren, die vertragliche Bindungen mit DKV eingegangen sind; **der Impfstoff, der verabreicht wird, geht zulasten des Versicherten**, es sei denn, dieser wird von den Provinzdirektionen der staatlichen Gesundheitsfürsorge oder einer gleichwertigen Einrichtung der Autonomen Gemeinschaft kostenlos zur Verfügung gestellt.

- > Während der ersten vier Lebensjahre Gesundheitskontrollen in den für die kindliche Entwicklung wichtigsten Altersstufen.

2. Programm zur Früherkennung von Diabetes.

Dazu gehört:

- > **Ab dem Alter von 45 Jahren** alle 4 Jahre eine Prüfung der Nüchtern glukose (GB) im Plasma.
- > **Bei Personen mit hohem Diabetesrisiko:** Bei familiärer Vorgeschichte von Diabetes Typ 1, metabolischem Syndrom oder gestörter Nüchtern glukose (IFG 110-125 mg/dl) wird die Untersuchung jährlich durchgeführt. Im Fall einer gestörten Nüchtern glukose ist es nötig, eine Untersuchung zum glykierten Hämoglobin (HbA1c) oder einen oralen Glukosetoleranztest durchzuführen.

- > **Liegt eine Diagnose von Prädiabetes vor**, aufgrund einer gestörten Nüchtern glukose zwischen 110-125 mg/dl und glykiertem Hämoglobin unter 6,5%, werden beide Werte einmal jährlich kontrolliert.
- > **Bei Diagnosen von Diabetes** aufgrund von gestörter Nüchtern glukose von über 125 mg/dl und glykiertem Hämoglobin von 6,5% oder mehr führt DKV Seguros eine klinische Überwachung der Krankheit durch.

3. Programm zur Früherkennung von Glaukomen.

Dazu gehört:

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

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

4. Programm zur Früherkennung von gynäkologischen Krebserkrankungen bei Frauen.

Es umfasst zwei Screeningformen zur Früherkennung von gynäkologischem Krebs, alternativ und untereinander inkompatibel, dies sind:

a) Eine jährliche gynäkologische Kontrolluntersuchung mit Arztbesuch, Zytologie, Kolposkopie, gynäkologischem Ultraschall und Mammographie, gemäß allgemein anerkannter klinischer Protokolle. Weiter gedeckt ist der **HPV-Test (DNA-HPV) zur Diagnose einer Infektion mit humanen Papillomviren bei Frauen mit pathologischer zerviko-vaginaler Zytologie** (Bethesda-Klassifikation) **und nach Konisation.**

Ebenfalls, nach Verschreibung durch einen Gynäkologen, gehört dazu der präventive Test auf eine Infektion mit humanen Hochrisiko-Papillomviren (HR-HPV); **alle drei Jahre bei Frauen im Alter von zwischen 25 und 34 Jahren und alle fünf Jahre bei Frauen im Alter von zwischen 35 und 65 Jahren.**

b) Spezifische und im Abstand von mehreren Jahren durchzuführende Screening-Programme zur Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs:

b.1) Brustkrebs-Screening-Programm: Frauen im Alter von zwischen 45 und 69 Jahren wird empfohlen, alle zwei Jahre eine Mammographie vornehmen zu lassen. Frauen im Alter von zwischen

35 und 45 Jahren wird empfohlen, jährliche Kontrolluntersuchungen vornehmen zu lassen, wenn familiäre Vorgeschichte zu Brustkrebs vorliegt und/oder ein genetisches Risiko (BRCA).

b.2) Screening-Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs bei Frauen im Alter von zwischen 25 und 65 Jahren: Beinhaltet die Entnahme einer Probe zur Durchführung einer zytologischen Untersuchung oder den HR-HPV-Test (Test auf eine Infektion mit humanen Hochrisiko-Papillomviren), in Abhängigkeit vom Alter der Frau und dem Protokoll, das im Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs des spanischen nationalen Gesundheitswesens festgelegt wurde (**Anweisung SCB/480/2019**).

> Bei Frauen im Alter von zwischen 25 und 34 Jahren wird eine zytologische Untersuchung durchgeführt, die, wenn sie negativ ausfällt, alle drei Jahre wiederholt wird. Bei positivem Ergebnis wird eine Kolposkopie durchgeführt: Bei negativem Ergebnis wird in drei Jahren eine Überprüfung durchgeführt und bei positivem Ergebnis eine Behandlung eingeleitet, die auf ärztliche Verordnung einen HPV-Test oder einen Hochrisiko-Papillomtest beim Menschen beinhaltet.

- > **Frauen im Alter von zwischen 35 und 65 Jahren wird eine Liquid Based Cytology (LBC) zur Bestimmung des Hochrisiko-Papillomvirus (HPV) im Abstand von jeweils fünf Jahren angeboten. Sollte das Testergebnis positiv ausfallen, wird eine zytologische Untersuchung durchgeführt. Bei negativem Ergebnis werden sie in einem Jahr zum HPV-AR-Test einbestellt und bei positivem Ergebnis wird eine Kolposkopie durchgeführt. Bei negativem Ergebnis wird eine Überprüfung in fünf Jahren vorgenommen und bei positivem Ergebnis eine Behandlung eingeleitet.**

5. Präventionsprogramm zu Risiken koronarer Erkrankungen

Dazu gehört:

- > **Eine jährliche allgemeinmedizinische oder kardiologische Grunduntersuchung**, bestehend aus einer Kontrolluntersuchung, einer allgemeinen Untersuchung von Blut und Urin, einer Röntgen-Aufnahme des Thorax und einem EKG.
- > Alle drei Jahre eine umfassende kardiologische Kontrolluntersuchung, durchgeführt in einem Fachzentrum, das dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört, und bestehend aus Anamnese, körperlicher kardiologischer

Untersuchung, spezifischer und präventiver Analyse der Atheromatose (Blutbild, Elektrolyte, Cholesterin, Triglyceride, Homocystein, Glucose, Urämie, Serum-Harnsäure, Serum-Calcium, Prothrombin-Werte und Blutplättchen), weiter Ruhe- und Belastungs-EKG sowie Echokardiographie.

6. Programm zur Hautkrebsprävention

Dazu gehört:

- > Beratung und Kontrolle von Veränderungen in Größe, Farbe und Form von dysplastischen oder atypischen Naevi.
- > **Mikroskopie mittels digitaler Epilumineszenz oder Dermoskopie**, zur Früherkennung von Melanomen:

1. Bei Risikogruppen: Mit multiplen atypischen Nävi (> 100) oder diagnostiziertem familiärem dysplastischen Nävus-Syndrom, mit persönlicher oder familiärer Melanom-Vorgeschichte (ersten und zweiten Grades), oder bei Trägern von damit assoziierten genetischen Mutationen.

2. Alle drei Jahre ein dermatologisches Check-up: Zur Kontrolle und Überwachung angeborener, pigmentierter oder risikobehafteter Verletzungen der Haut.

7. Darmkrebs-Vorsorgeprogramm für Angehörige dieser Risikogruppe mit Vorgeschichte.

Dazu gehört:

- > Ärztliche Beratung und körperliche Untersuchung
- > Spezifischer Test zur Feststellung von okkultem Blut im Stuhl
- > Koloskopie, falls erforderlich

8. Programm zur Prostatakrebsvorsorge für Männer im Alter von über 45 Jahren

Dazu gehört:

- > Ärztliche Beratung und körperliche Untersuchung
- > Untersuchung von Blut und Urin, mit Bestimmung des PSA-Wertes
- > Transrektaler Ultraschall und/oder Prostata-Biopsie, falls erforderlich

9. Programm zu Mund- und Zahngesundheit

9.1 Im Kindesalter: Ausgerichtet auf die Vorbeugung von Karies, Parodontose und Probleme aufgrund der Fehlstellung von Zähnen oder von Aufbissproblemen.

Dazu gehört:

- > Zahnärztliche Beratung und Untersuchung zur Mund- und Zahngesundheit
- > Korrektur von Essgewohnheiten
- > Etablierung einer angemessenen Mundhygiene
- > Topische Fluoridierung
- > Versiegelung von Rissen und Füllungen bis zu 14 Jahren
- > Zahnsteinentfernung bzw. Mundhygiene, falls erforderlich

9.2 Schwangerschaft, Gesundheit für Mutter und Kind: Ausgerichtet auf die Einführung von Regeln zur Prävention; erfolgt mittels einer Beurteilung des Zahnfleischzustandes, der Beratung zu Mundhygiene und Ernährung sowie der Bereitstellung von Informationen zu den am häufigsten vorkommenden oralen Erkrankungen des erwarteten Kindes.

Dazu gehört:

- > Ernährungsberatung zur Vorbeugung von Karies
- > Zahnreinigung und Mundhygiene
- > Fluoridierung, das Aufbringen von desensibilisierendem Fluorid

Klinische Psychologie Umfasst psychotherapeutische Sitzungen, ambulant als Einzelsitzungen geführt. Die Behandlung muss im Voraus durch einen Facharzt für Psychiatrie oder Kinderarzt verschrieben werden, der dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört, und durchgeführt von einem vertragsgebundenen Psychologen, und nachdem die dafür erforderliche Autorisierung von DKV Seguros erteilt wurde.

Die versicherten Personen haben Zugang zu dieser Leistung bei den in diesem Abschnitt 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 Vertragsbedingungen und/oder den Sonderbedingungen zum Vertrag genannt werden, geleistet haben. **Die Leistung wird bis zu einer maximalen Anzahl von 20 Sitzungen pro versicherter Person und Kalenderjahr erbracht, mit Ausnahme von Therapien, die aufgrund von Essstörungen (Magersucht, Bulimie), Mobbing in der Schule Cybermobbing, arbeitsbedingtem Stress und/oder geschlechtsbezogener oder häuslicher Gewalt erfolgen, hier gilt eine Beschränkung auf maximal 40 Sitzungen pro Jahr.**

- > Psychische Erkrankungen: Depression, Schizophrenie und psychotische Störungen
- > Verhaltensstörungen: Neurosen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen
- > Essstörungen: Magersucht und Bulimie
- > Bei Mobbing in der Schule, Cybermobbing, geschlechtsspezifischer und häuslicher Gewalt
- > Schlafstörungen: Einnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und Nachtangst
- > Anpassungsstörungen: Arbeits- und posttraumatischer Stress, Trauer, Scheidung, Pubertät, Posturlaubssyndrom usw
- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulversagen

Familienplanung Umfasst die folgenden Leistungen:

- > Einsatz der Spirale (IUP) **Die Kosten für das intrauterine Dispositiv sind vom Versicherten zu tragen.**
- > Eileiterligatur
- > Vasektomie

Chirurgische Prothesen: Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist die Verordnung und das Einsetzen von Gelenkprothesen (Schulter-, Hüft-, Knie-, Knöchel- und Fußgelenk) Gefäßprothesen (einschließlich Coil-Embolisation) und Herzprothesen (Herzklappen, Bypass, Stent, Systeme von Septal Occludern, temporärer oder permanenter Herzschrittmacher und automatischer Desfibrillator), der Gehörknöchelchen (Ersatz für Hammer, Amboss, Steigbügel), interne traumatologische Prothesen (Schienen, Metallplatten zur Fixierung und Schrauben), und intersomatische Abstandshalter oder Zwischenwirbelkäfige bei Operationen zum Zusammenfügen oder der Versteifung der Wirbelsäule, Bandscheibenprothesen bei behandlungsresistenten symptomatischen Bandscheibenerkrankungen (funktionelles neurologisches Defizit und Schmerzen), interspinöse Abstandhalter bei Spinalkanalstenosen, die starke Schmerzen auslösen, sowie neurogener Claudicatio (Schmerzen, die beim Laufen eintreten und beim Hinsetzen wieder verschwinden) von über sechs Monaten Dauer trotz konservativer Behandlung. **Darüber hinaus deckt die Versicherung Implantate aus den nachfolgend aufgeführten biologischen Materialien und/oder Biomaterialien zu therapeutischen Zwecken:**

- > Biologische Verschluss-, Kleb- und Haftstoffe: Bei onkologischen Operationen.
- > Antiadhäsionsbarriere-Gel: In der Wirbelsäulen Chirurgie und bei Zweitoperationen in den verschiedenen Fachgebieten.
- > Transtympanale Drainagen: Bei rezidivierender akuter Otitis oder sekretorischer oder seröser Otitis (mit mehr als 3 Monate Evolution).
- > Tränenkanalstopfen (maximal 2 pro Auge) zur Behandlung bei ständigem Tränenfluss und bei trockenem Auge als Folge einer Kataraktoperation oder des Sjögren-Syndroms.
- > Ersatzmaterialien für Knochentransplantate: Knochenzement und regenerative demineralisierte Knochenmatrix in der Wirbelsäulen- und Gelenkchirurgie (Hüfte, Knie, Fuß).
- > Biologische Rekonstruktion: Biomatrix als Substitution der Dura mater bei intrakranialer Chirurgie oder spinaler Tumor-OP sowie des Perikards bei Herz-OPs.
- > Gelenkverankerungen: Eingeschlossen sind Biomaterialien hoher Resistenz (PLA und PEEK) zur Fixierung der großen Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte, Ellbogen und Knöchel) bei

minimal-invasiver arthroskopischer OP der Extremitäten.

Weiter ist eingeschlossen Osteosynthesematerial, Stents für Gallengang, Ösophagus, Magen, Pankreas sowie Stents im Gastrointestinaltrakt zur Palliativbehandlung bei obstruktiven onkologischen Pathologien, chirurgische Netze zur Reparatur von Defekten der Bauchdecke, chirurgische suburethrale Bänder und Rückhaltenetze für den Beckenboden bei Operationen aufgrund Harninkontinenz und bei Beckenorganprolaps, Hydrocephalus-Ventile, extraskelatale externe Fixierungen, neutrale monofokale Intraokularlinsen (ohne Sehkorrektur) bei grauem Star, Hodenprothese bei Orchidektomie nach onkologischem Prozess oder Unfall, Hautexpander, Brustprothesen und das Beschichtungsnetz der Brust, die letzteren beiden nur bei Rekonstruktion nach Radikaloperation.

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-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ bezogen werden (eigene Mittel), **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.

Tagegeldzahlung bei stationärem Krankenhausaufenthalt. DKV Seguros leistet ab dem dritten Tag des stationären Aufenthaltes eine Ausgleichszahlung in Höhe von 80 Euro pro Tag, bis maximal 2400 Euro, pro Versichertem und Jahr, sofern die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- > Der stationäre Aufenthalt muss unter den Versicherungsschutz fallen und es gibt keinen Dritten, der verantwortlich und zur Zahlung verpflichtet ist
- > Keine der infolge des Krankenhausaufenthaltes entstandenen Ausgaben gehen zulasten von DKV Seguros.

Medizinische Versorgung 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 6000 € / 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 und 3), die jeweils dafür anwendbar sind.

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

Fernmedizin Inbegriffen sind die entsprechenden Leistungen ohne Anwesenheit im „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen der Fernmedizin“ mit den Ein- und Ausschlüssen des oder der vereinbarten Modalitäten:

1. Ferntermin: Virtueller Arzttermin:

Im von der Einrichtung abgeschlossenen „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen für Fernmedizin“ kann der Versicherte über die App Quiero cuidarme **Más auf unterschiedlichem Weg** (mündlich, schriftlich, Videoanruf) und nach vorheriger Terminvereinbarung **auf Videosprechstunden in den einzelnen Fachgebieten mit den dafür bereitstehenden Spezialisten** gemäß der abgeschlossenen Modalität **bei Grundversorgung und/oder Fachgebiet ohne Krankenhausaufenthalt (s. Art. 3.1.9 Allgemeine Bedingungen) zugreifen.**

2. Ferntherapie: ohne Anwesenheit

In der vom „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen der Fernmedizin“ geltenden Einrichtung hat der Versicherte nach einem Antrag und der Genehmigung von DKV Seguros auf unterschiedlichem Weg (mündlicher, schriftlich oder online) je nach Behandlung Zugang zu Spezialisten für die Fernrehabilitation. **Die abgedeckten virtuellen Rehabilitationstherapien sind:**

a) Fernphysiotherapie

b) Fernpsychotherapie

Die Ferntherapien und alle anderen, die hinzugefügt werden können, werden von der Modalität spezialisierte medizinische Versorgung ohne Krankenhausaufenthalt durch die gleichen Indikationen und mit den gleichen Deckungsgrenzen und Ausschlüssen abgedeckt wie die homologen Präsenztherapien. Sie werden zusammen mit diesen berechnet.

3.1.6.8 Exklusive Deckungsleistungen

Durch den Abschluss der Krankenversicherung „DKV Profesional“ mit medizinischer Rundumversorgung, die das Modul Facharztversorgung umfasst, erhält der Versicherte Zugriff auf folgende Zusatzleistungen:

1. Biomechanische Untersuchung des Ganges und der Laufflächen.

Zugang über dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende, darauf spezialisierte Referenzzentren.

Eingeschlossen ist eine anatomische und funktionale Untersuchung, **die bei Erwachsenen alle fünf Jahre und bei Kindern im Alter von unter fünfzehn Jahren alle zwei Jahre gedeckt wird**; erforderlich ist die Verschreibung durch einen dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Facharzt für Traumatologie. **Mit einer Karenzzeit von 6 Monaten.**

2. Vorbeugungs- und Kontrollprogramm für Übergewicht bei Kindern unter 14 Jahren und Behandlung von Fettleibigkeit bei Kindern und Erwachsenen durch einen Ernährungsspezialisten.

Inbegriffen sind die Sprechstunden zur Vorbeugung und Kontrolle von Übergewicht bei einem Body-Mass-Index von 25-29,9 bei Kindern und 14 Jahren und die Behandlung von Übergewicht bei einem BMI über 30 **sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen, bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von 20 Sprechstunden pro Versicherungsnehmer.**

Diese exklusiven Leistungen werden gedeckt in der Modalität und dem territorialen Gebiet, Ziel, Zugangsform, Deckungsbeschränkungen und den ausgeschlossenen Risiken, die in diesem Abschnitt festgelegt

wurden, oder in den Punkten der Allgemeinen Vertragsbedingungen, welche den Deckungsumfang der Versicherung eingrenzen:

Abschnitt 2 »Grundkonzepte. Definitionen“, Abschnitte 3.1.2. und 3.1.3 „Modalität und Umfang der Versicherung“, Abschnitt 3.1.6 „Beschreibung der Deckungsleistungen“, Abschnitt 3.1.7 „Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen“, Abschnitt 3.1.8 „Karenz- und Ausschlusszeiten“ und Abschnitt 3.1.9 „Versicherungsleistungen in Abhängigkeit von dem oder den unter Vertrag genommenen Modulen zur Gesundheitsversorgung“.

Durch den Abschluss der Krankenversicherung „DKV Professional“ mit medizinischer Rundumversorgung, die die drei Module Erstversorgung, fachärztliche Versorgung und stationäre Versorgung umfasst, erhält der Versicherte drei Deckungsleistungen mit Erstattung der Kosten:

1. Erstattung von im Ausland entstandenen Kosten für medizinische Versorgung bei schweren Erkrankungen.

Der Versicherte erhält Zugang zu medizinischer und chirurgischer Gesundheitsversorgung bei allen schweren Erkrankungen, die nachfolgend aufgezählt werden und die unter diese Garantie fallen; die

Leistung wird erbracht in der Modalität der Kostenerstattung und es gelten die Deckungen und Begrenzungen, die noch genannt werden. Zur Inanspruchnahme ist es notwendig, anhand eines Arztberichtes zu belegen, dass die Diagnose dieser Krankheiten zuvor schon in Spanien und während der Laufzeit der Versicherung gestellt wurde.

1.1 Myokardinfarkt: Erkrankung, die aus einem dauerhaften Verschluss eines Abschnitts des Hauptstammes oder einer Haupterzweigung der Koronararterien besteht und aus den Komplikationen nach einem Infarkt (Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, Herzblockaden und Stenokardie).

1.2 Krebs: Krankheit, entstanden durch das Vorhandensein eines bösartigen Tumors, der gekennzeichnet ist durch sein unkontrolliertes Wachstum und die Ausbreitung der bösartigen Zellen, das Eindringen in Gewebe und einer Ausdehnung, die in direkter Form oder über Metastasen erfolgt, oder durch eine große Anzahl maligner Zellen in lymphatischen oder zirkulatorischen Systemen, wie das Hodkin-Lymphom oder Leukämie. **Hautkrebs: Deckung besteht nur für das invasive Melanom, andere Hautkrebsarten sind von der Deckung ausgeschlossen.**

In allen Fällen muss die Krebsdiagnose auf dem histopathologischen Ergebnis zu seiner Malignität beruhen.

1.3 Zerebrovaskuläre Erkrankungen:

Alle zerebrovaskulären Erkrankungen oder Zwischenfälle, die infolge eines Infarktes von Hirngewebe, Blutungen oder Embolien in-situ oder extrakranieller Lokalisation zu permanenten neurologischen Folgeerscheinungen führen.

1.4 Organtransplantation:

Empfänger einer Transplantation von Augenhornhaut, Herz, Leber, Knochenmark und Nieren zu sein **(ausgeschlossen ist die Deckung der Gesundheitsversorgung des Spenders).**

1.5 Lähmung / Querschnittslähmung:

Vollständiger und dauerhafter Funktionsverlust von zwei oder mehr Gliedmaßen als Folge von Rückenmarksdurchtrennung oder Erkrankungen neurologischer Art.

Die maximale Deckungsleistung, die DKV Seguros bei den zuvor aufgeführten schweren Erkrankungen erbringt, beträgt 80% des Betrages der vom Versicherten für seine Behandlung bezahlten Rechnungen, bis zu einer Obergrenze von 16 000 Euro pro Versichertem und Jahr. Voraussetzung ist, dass diese Rechnungen im Ausland angefallen sind und es sich um Ausgaben für medizinische Aufwendungen handelt, die infolge der in die Versicherung eingeschlossenen Gesundheitsleistungen anfielen (siehe Abschnitt 2 „Grundlegende Konzepte.“ „Definitionen“ Abschnitt 3.1.1

„Gegenstand der Versicherung“ und Abschnitt 3.1.6 „Beschreibung der Deckungsleistungen“ der Allgemeinen Bedingungen), mit den Karenzzeiten für bestimmten Leistungen, Höchstgrenzen und Deckungsausschlüssen aus den Allgemeinen Bestimmungen der Versicherungspolice (s. Abschnitt 3.1.7 „Ausgeschlossene Deckungen“ und Abschnitt 3.1.8 „Karenzzeiten“).

Für die Zwecke dieser Deckung gilt der Anspruch als mitgeteilt, wenn der Versicherte die Erstattung von im Ausland entstandener Kosten für seine Gesundheitsversorgung beantragt, die angefallen sind aufgrund einer schweren Erkrankung, die bereits zuvor und während der gültigen Vertragslaufzeit des Vertrags in Spanien diagnostiziert wurde und die unter diese Garantie fällt; vorzulegen sind die medizinischen Berichte mit der endgültigen medizinischen Diagnose, mit der das Vorliegen der Erkrankung bestätigt wird.

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte muss innerhalb einer Frist von vierzehn Tagen die Erstattung der für die medizinischen Leistungen entstandenen Aufwendungen beantragen, die durch die hier gegebene Garantie gedeckt werden. Die von ihm bereits bezahlten Rechnungen sind bei DKV Seguros einzureichen. Die Rechnungen müssen eine Aufschlüsselung der erbrachten medizinischen Handlungen enthalten. Weiter ist die Verschreibung und sind die

medizinischen Berichte einzureichen, in denen Herkunft und Art der Krankheit genannt werden.

Zur Einreichung dieser Unterlagen stellt DKV Seguros ein Erstattungsformular zur Verfügung; auf der Rückseite dieses Formulars werden die für das Abrechnungsverfahren notwendigen Mindestanforderungen genannt, die die Rechnungen erfüllen müssen, damit eine Erstattung erfolgen kann.

Der Versicherte und seine Angehörigen haben alle Berichte und Nachweise zur Verfügung zu stellen, die DKV Seguros für notwendig erachtet. Die Nichterfüllung dieser Verpflichtung kann dazu führen, dass das Recht auf Erstattung verweigert wird.

Die Erstattung der Ausgaben wird wie folgt vorgenommen:

- > Nachdem das Erstattungsformular eingereicht wurde, dem als Nachweis für die erhaltenen Leistungen die Originale der Rechnungen und Berichte beizufügen sind, nimmt DKV die Erstattung der bezahlten Rechnungen vor, und zwar zu dem Prozentsatz und unter Berücksichtigung der Deckungsgrenzen, die zuvor genannt wurden.
- > Die Zahlung erfolgt durch Überweisung auf das dafür angegebene Konto. Die auf dieses Konto vorgenommene

Überweisung ist in vollem Umfang rechtsgültig, wirksam und schuldbeitreitend für DKV Seguros.

- > Ist die Rechnungsstellung in einer Fremdwährung erfolgt und durch den Versicherten auch in dieser bezahlt worden, erfolgt die Gutschrift in Spanien in Euro und zu dem Wechselkurs, der an dem Tag der Bezahlung Gültigkeit hatte. Sollte dieser Wechselkurs nicht zu ermitteln sein, wird der am Ausstellungsdatum der Rechnung oder gegebenenfalls am Tag der Erbringung der Dienstleistung gültige Kurs herangezogen.
- > Die für Übersetzungen von Berichten, Rechnungen oder Belegen über Arzthonorare anfallenden Kosten trägt DKV Seguros ausschließlich dann, wenn diese in den Sprachen Englisch, Deutsch, Französisch oder Portugiesisch abgefasst sind.

Sind diese in einer anderen Sprache abgefasst, gehen diese Kosten zulasten des Versicherten.

Nachdem die Kostenerstattung erfolgt und die Zahlung geleistet wurde, kann DKV Seguros das Recht auf Forderungsübergang innerhalb der in diesen Allgemeinen Geschäftsbedingungen festgelegten Grenzen in Anspruch nehmen (siehe Abschnitt 3.1.5 »Abtretungsklausel«).

2. Rückerstattung der Ausgaben für Leistungen im Rahmen der Familienhilfe und/oder Pflegehilfe, wenn eine Pflegebedürftigkeit 3. Grades, verursacht durch Unfall, nachgewiesen wird.

DKV Seguros garantiert im Fall, dass der versicherten Person und/oder ihrem gesetzlichen Pfleger **durch das „Sistema para la Autonomia y Atención a la dependencia“ (SAAD) ein Zustand oder die Situation von Pflegebedürftigkeit 3. Grades nach Unfall, der durch die Police gedeckt ist, bestätigt wird, und ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Deckung** die Rückerstattung von 100% des Betrages der bezahlten Rechnungen, die für Familienunterstützung und/oder im Fall von Pflegebedürftigkeit gezahlt worden sind, **bis zu einem maximalen Höchstbetrag von 12 000 Euro je versicherter Person und mit einer Teilgrenze von 2000 Euro für die Verwaltung der Familienhilfen.**

Diese Entschädigung ist nur garantiert für die Aufwendungen im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen oder sozio-sanitären Serviceleistungen, die unter den entsprechenden Versicherungsschutz fallen, **jedoch mit den Begrenzungen und Ausschlüssen, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (vergleichen Sie Artikel 3.1.7.a, 3.1.7.c,**

3.1.7.d, 3.1.7.e „Einschränkungen der Leistungspflicht“) bestimmt sind.

Für die Zwecke dieser Versicherungsleistung ist Pflegebedürftigkeit der Stufe drei aufgrund eines Unfalls wie folgt definiert: Ein irreversibler Zustand, der es der pflegebedürftigen Person weder ermöglicht, wieder selbstständig zu sein, noch einen geringeren Grad der Pflegebedürftigkeit zu erreichen.

Die soziosanitären und die im Rahmen der Familienhilfe oder der Betreuung Pflegebedürftiger durch hauptberufliche Pflegekräfte erbrachten Leistungen, auf welche im Rahmen dieser Deckung Anspruch besteht, sind:

2.1 Häusliche Serviceleistungen:

Hierunter fallen Serviceleistungen, die durch qualifiziertes Personal erbracht werden und eine Reihe von nützlichen Betreuungsleistungen für Personen, die eine Minderung ihrer Selbstständigkeit und ihrer persönlichen Bewegungsfähigkeit haben, verbunden mit Schwierigkeiten beim Aufstehen, Duschen, Ankleiden sowie der Zubereitung der täglichen Mahlzeiten und die neben weiteren Leistungen einen ständigen Betreuer benötigen.

a) Persönliche Betreuung:

- > Persönliche Hygiene

- > Häusliche Mobilisation
- > Umlagern und Positionswechsel sowie persönliche Hygiene bettlägeriger Personen
- > Häusliche Begleitung

b) Hauswirtschaftliche Hilfe:

- > Reinigung des Wohnraumes
- > Haushaltseinkäufe
- > Zubereitung der Mahlzeiten

2.2 In Einrichtungen erbrachte Betreuungsleistungen.

Hierbei handelt es sich um Leistungen, die in Seniorenwohnheimen sowie in Tages- und Nachtzentren durch hochqualifiziertes Personal erbracht werden, um eine umfassende Betreuung zu gewährleisten. Hierzu gehören unter anderem Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Psychologen und Beschäftigungstherapeuten. Diese Leistung ermöglicht den Zugang zu vorübergehenden Aufenthalten, Daueraufenthalten und zu Tageszentren.

- > Pflegeheime
- > **Tageszentren** mit besonderer Betreuung

>Nachtzentrum

2.3 Teleassistentz-Service mit fest installierten und mobilen Geräten.

Es handelt sich um mobile oder fest installierte Kommunikationsgeräte, die für Notfälle gedacht und permanent mit einer Alarmzentrale verbunden sind.

Der Zugang zu diesem Service erfolgt über ein spezielles Gerät und ist individuell angepasst; er wird durch Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte 24 Stunden täglich und an 365 Tagen im Jahr innerhalb und außerhalb der Wohnräume gewährleistet.

Die einzige Einschränkung besteht darin, dass die Person, die die Serviceleistung in Anspruch nehmen möchte, über ausreichende kognitive Fähigkeiten zur Nutzung der Geräte verfügen muss.

2.4 Leistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes. Es handelt sich um eine Vielzahl von Gegenständen, die dazu bestimmt sind, das Wohnumfeld an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Diese Produkte erlauben es, den Zugang und die Mobilität innerhalb Ihres Zuhauses zu verbessern.

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

Die versicherte Person und/ oder eine Person in ihrem Namen (gesetzlicher Pfleger) kann die Rückerstattung aller für den Service für die Familienunterstützung und / oder für Pflege entstehenden Kosten, die in diesem Artikel beschrieben werden, **bis zu einem maximalen Höchstbetrag von 12 000 Euro pro versicherter Person bei DKV Seguros beantragen. Dabei gilt eine Teilgrenze von 2000 Euro für die Verwaltung von Pflegehilfen. Es ist unerlässlich, dass ein Bescheid vorgelegt wird, der durch die zuständige Behörde des spanischen „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“ (SAAD) der Autonomen Gemeinschaft ausgestellt wurde, in welcher der Versicherte seinen Wohnsitz hat, und durch den dem Versicherten sein Zustand der Pflegebedürftigkeit der Stufe drei (ersten oder zweiten Grades) bescheinigt wird und aus dem weiter die Gründe und Umstände der Pflegebedürftigkeit zu entnehmen sind.**

Die Deckung für Pflegebedürftigkeit endet automatisch und definitiv, wenn die versicherte Person den maximal garantierten Höchstbetrag für diese Leistung von 12 000 Euro erhalten hat, oder die Teilgrenze von 2000 Euro für Beratungs- und Bearbeitungsdienstleistungen für Hilfen zur Pflegebedürftigkeit während der Laufzeit der Versicherung durch Rückerstattung der Kosten.

Zugang zu den Deckungsleistungen

a) Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um in den Genuss der Deckungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit zu kommen:

- > Es muss ein Anspruch auf den Erhalt von Pflegegeld in Spanien bestehen und es müssen die rechtlichen Anforderungen für den Zugang erfüllt sein.
- > Der Pflegebedürftige muss zu dem Zeitpunkt, an dem sich der Unfall ereignet und an dem der Antrag auf Erstattung der aufgrund der Pflegebedürftigkeit dritten Grades entstandenen Ausgaben als Versicherter in die Krankenversicherung eingeschlossen sein und ebenfalls zum Zeitpunkt der Leistungserbringung.
- > Bei dem Unfall, der sich ereignet hat, darf es sich nicht um eine Folge von Aktivitäten oder Umständen handeln, die vom allgemeinen Versicherungsschutz der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (Absätze 3.1.7.a, 3.1.7.c, 3.1.7.d und 3.1.7.e des Abschnitts „Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen“ der Allgemeinen Vertragsbedingungen) oder ausdrücklich vom Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit (Absatz 3.1.6.8 „Besondere Deckungen“).

- > Der Versicherte muss sich in einer Situation von Pflegebedürftigkeit der Stufe drei befinden, gemessen an den Stufen, die durch das spanische Gesetz Ley de Dependencia 39/2006 vom 14. Dezember festgelegt wurden und anhand der Bewertungsskala für den Grad der Pflegebedürftigkeit (spanisches Gesetz Real Decreto 504/2007 vom 20. April), die in Spanien Gültigkeit hat.
- > Es ist ein Bescheid vorzulegen, mit Datum und mit Unterschrift versehen, der durch die zuständige Behörde des spanischen „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“ (SAAD) der Autonomen Gemeinschaft ausgestellt wurde, in welcher der Versicherte seinen Wohnsitz hat, aus dem die Bewertung und Anerkennung des Zustandes der Pflegebedürftigkeit der Stufe drei hervorgeht und in dem die Gründe und Umstände der Pflegebedürftigkeit dargelegt werden.

b) Unterlagen, die zur Anerkennung des Anspruchs auf die Versicherungsleistung notwendig sind:

Um in den Genuss der Erstattung von Kosten für Pflegeleistungen zu kommen, muss der Versicherte die vollständigen, seine Pflegebedürftigkeit betreffenden Nachweise vorlegen; es sind die folgenden Dokumente vorzulegen (im Original oder beglaubigte Abschriften bzw. Kopien):

1. Angabe der persönlichen Daten, Angaben zu Familie und Beruf des Versicherten, für den die Leistung erbracht werden soll.
2. Der Bescheid der zuständigen Behörde des spanischen „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“, aus dem die Bewertung und Anerkennung des Zustandes der Pflegebedürftigkeit hervorgeht und in dem die Gründe und Umstände dieser Pflegebedürftigkeit dargelegt werden.
3. Arztberichte bezüglich des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen sowie ein vom Sozialarbeiter erstellter Bericht.
4. Sämtliche zusätzlichen Unterlagen, die notwendig sind oder sein könnten, um damit den Anspruch auf den Erhalt der Versicherungsleistung zu belegen.
5. Der Bescheid, mit Datum und mit Unterschrift versehen, aus dem die Bewertung und Anerkennung des Zustandes der Pflegebedürftigkeit der Stufe drei hervorgeht und ab dessen Erlass der Anspruch auf die Erstattung dieser soziosanitären Leistung besteht.

Die Nichterfüllung der vorgenannten Voraussetzungen kann dazu führen, dass der Anspruch auf Erstattung abgelehnt wird.

c) Die Erstattung der Ausgaben wird wie folgt vorgenommen:

- > Nachdem das Erstattungsformular eingereicht wurde, dem als Nachweis für die erhaltenen Leistungen die Originale der Rechnungen und Berichte beizufügen sind, nimmt DKV die Erstattung der bezahlten Rechnungen vor, und zwar zu dem Prozentsatz und unter Berücksichtigung der Deckungsgrenzen, die zuvor genannt wurden.
- > Die Zahlung erfolgt durch Überweisung auf das dafür angegebene Konto. Die auf dieses Konto vorgenommene Überweisung ist in vollem Umfang rechtsgültig, wirksam und schuldbefreiend für DKV Seguros.
- > Ist die Rechnungsstellung für Ausgaben in einer Fremdwährung erfolgt und durch den Versicherten auch in dieser bezahlt worden, erfolgt die Erstattung in Spanien in Euro und zu dem Wechselkurs, der an dem Tag Gültigkeit hatte, an dem die Rechnung bezahlt wurde. Sollte dieser Wechselkurs nicht zu ermitteln sein, wird der am Ausstellungsdatum der Rechnung oder gegebenenfalls am Tag der Erbringung der Dienstleistung gültige Kurs herangezogen.

- > Die für Übersetzungen von Berichten, Rechnungen oder Belegen über Arzthonorare anfallenden Kosten trägt DKV Seguros ausschließlich dann, wenn diese in den Sprachen Englisch, Deutsch, Französisch oder Portugiesisch abgefasst sind.

Sind diese in einer anderen Sprache abgefasst, gehen diese Kosten zulasten des Versicherten.

Von der Deckung ausgeschlossene Risiken

Von der Deckung aufgrund Pflegebedürftigkeit ausgeschlossen sind:

1. Die Erstattung von Kosten für erbrachte Leistungen der Familienhilfe und/oder Betreuung Pflegebedürftiger, die in Abschnitt 3.1.6.8 der Allgemeinen Vertragsbedingungen nicht aufgeführt werden.

2. Die Erstattung von Kosten für erbrachte Leistungen der Familienhilfe und/oder Betreuung Pflegebedürftiger, die in Abschnitt 3.1.6.8 der Allgemeinen Vertragsbedingungen aufgeführt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit dritten Grades:

a) Als Folge eines Unfalls eingetreten ist, der sich ereignet hat aufgrund von Aktivitäten oder

Umständen, die ausdrücklich vom allgemeinen Versicherungsschutz der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (Absätze 3.1.7.c, 3.1.7.d und 3.1.7.e. der Allgemeinen Vertragsbedingungen).

b) Es sich dabei um Folgen, Auswirkungen oder Komplikation von Verletzungen handelt, die bei einem Unfall entstanden sind, der vor dem Zeitpunkt stattgefunden hat (Vorexistenz), zu dem der Versicherte in die Versicherung aufgenommen wurde.

c) Auf einen Unfall zurückzuführen ist, der sich im Zustand geistiger Umnachtung entstanden ist, unter dem Einfluss von alkoholischen Getränken oder Drogen jeglicher Art oder von psychotropen Substanzen im Allgemeinen. Dies gilt auch dann, wenn diese nicht die Ursache für den Unfall waren.

d) Es sich um die Folgen eines Unfalls handelt, der sich ereignet hat infolge von grob fehlerhaftem Verhalten oder grober Fahrlässigkeit, eines Selbstmordversuches oder der Teilnahme an Wetten, Wettbewerben, Herausforderungen, Kämpfen oder Aggressionen.

e) Durch einen Unfall verursacht wurde, der sich infolge der Ausübung einer der folgenden Sportarten ereignet hat: Auto- und Motorradsport in allen seinen Formen, Jagd, Tauchen, Bootssport auf

Booten, die nicht für den öffentlichen Passagiertransport bestimmt sind, Reiten, Klettern, Bergsteigen, Höhlenwandern bzw. Caving, Boxen, Ringen in allen seinen Formen, Kampfsport, Fallschirmspringen, Ballon- und Luftschiff-Fahren, Gleitfliegen, Segelfliegen und im Allgemeinen jede Art von Sport oder Freizeitaktivität, die offenkundig gefährlich ist.

f) Die Folge eines Unfalls ist, der sich während einer Reise mit einem Flugzeug ereignet hat, unabhängig davon, ob als Passagier oder als Besatzungsmitglied, wenn das Flugzeug eine Kapazität von weniger als zehn Plätzen für Passagiere hat.

3. Die Erstattung der Kosten für Familienhilfen und/oder Pflegehilfen, da kein Anspruch auf die Deckung mehr besteht, da der Versicherte das während der Versicherungslaufzeit maximal für dieses Leistungskonzept garantierte Kapital erhalten hat, oder dieses bei einer Krankenversicherung mit Komplettabsicherung in der Modalität Individual oder gegebenenfalls der Modalität für Kollektive erhalten hat, die zuvor abgeschlossen wurde.

3. Rückerstattung der jährlich anfallenden Kosten für die Kryokonservierung in Datenbanken für Stammzellen aus dem Nabelschnurblut während der ersten sechs Jahre nach

Geburt, sofern die Gewinnung und Kryokonservierung der Nabelschnur über einen Anbieter des Vertragsnetzes „Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden)“ erfolgt und die Geburt und die betreffende Person vom Versicherungsschutz abgedeckt sind.

DKV Seguros bietet als Service mit Selbstbeteiligung über den „DKV Club de Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden)“ **das Entfernen der Nabelschnur und seine Kryokonservierung.** Somit übernimmt DKV 300 Euro für die Extraktion und der Versicherte 690 Euro, bei der Modalität FIRST, oder 990 Euro, wenn die Modalität ADVANCE gewählt wird. Darüber hinaus **trägt die Versicherung in den ersten sechs Jahren im Wege über Erstattungen maximal 90 Euro pro Jahr zu den Kosten der Einlagerung der Nabelschnur bei, sofern die Geburt von der Versicherung gedeckt war und das Kind, dessen Zellen aufbewahrt werden, ab dem Zeitpunkt der Geburt weiterhin als Versicherter im Versicherungsvertrag verbleibt.**

In letzterem Fall (Erstattung der Kosten in der Bank von Stammzellen aus Nabelschnur) sind auch **Versicherte vom Versicherungsschutz gedeckt, die Einzelversicherungen mit der Option „DKV Profesional mit fachärztlicher Versorgung“ mit stationärer Behandlung abgeschlossen haben.**

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

3.1.6.9 Reiseversicherung

Für vorübergehende Auslandsreisen bietet die Versicherung einen weltweit geltenden Reiseversicherungsschutz, der für maximal 180 Tage pro Reise oder Auslandsaufenthalt gilt und dessen Deckungen in Anhang I dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen aufgeführt werden. Zugang zu diesen Deckungen besteht nur telefonisch, durch Anruf unter der Nummer +34 913 790434.

3.1.7 Einschränkungen der Leistungspflicht

Es sind ausgeschlossen vom allgemeinen Versicherungsschutz der Versicherung:

a) Für jeden einzelnen Versicherten die Pathologien (Krankheiten oder Verletzungen, zuvor bereits eingetretene oder angeborene) und Gesundheitszustände wie Schmerzen oder Symptome, die bereits vor dem Inkrafttreten der Versicherung oder der Aufnahme in den Vertrag vorlagen und über die, obwohl sie bekannt waren, der Versicherungsgesellschaft gegenüber im Gesundheitsfragebogen keine Angaben gemacht wurden.

DKV Seguros hat in jedem Fall das Recht, diejenigen Pathologien und Gesundheitszustände, die angegeben wurden, jedoch aufgrund der Charakteristik des Vertrags nicht eingeschlossen werden können, von der Deckung auszuschließen. Diese konkreten Ausschlüsse sind ausdrücklich zu benennen.

b) Sämtliche diagnostischen und therapeutischen Verfahren, deren Sicherheit und Verhältnis von Kosten zu Nutzen nicht wissenschaftlich nachgewiesen, bzw. nicht von den spanischen Behörden zur Bewertung der medizinischen Technologien (Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias) anerkannt wurden, oder die nachweislich von anderen zur Verfügung stehenden übertroffen werden.

c) Körperliche Schäden aufgrund von Kriegen, Aufständen, Revolutionen, Terrorismus; weiter diejenigen, die infolge von offiziell erklärten Epidemien entstehen; diejenigen, die unmittelbar oder mittelbar mit Radioaktivität oder nuklearen Reaktionen zusammenhängen und diejenigen, die infolge von Naturkatastrophen entstehen (Erdbeben, Überschwemmungen oder aufgrund anderer Phänomene seismisch oder witterungsbedingter Art).

d) Krankheiten oder Verletzungen, die infolge der professionellen Ausübung einer Sportart, der Teilnahme an Wettbewerben und Wettkämpfen entstanden sind. Weiter solche, die durch die Ausübung, professionell oder als Amateur, von Risikosportarten entstanden sind, wie Stierkampf oder das Eintreiben von ungezähmtem Vieh, der Ausübung von Gefahrensportarten wie Tauchen, Bobfahren, Boxkampf, Kampfsportarten, Klettern, Rennen mit Motorfahrzeugen, Rugby, Quadfahren, Höhlenwandern bzw. Caving, Paragliding, Luftsportaktivitäten mit nicht für den öffentlichen Personentransport zugelassenen Luftfahrzeugen, Wildwassersport und andere mit Risikobedingungen verbundene Wassersportarten, Bungee-Jumping (Puenting), Barranquismo oder Canyoning (Kombination aus Schluchtenwandern, Steiluferklettern und Schwimmen) sowie das Training in diesen Sportarten und jede andere eindeutig gefährliche Sportart.

e) Medizinische Maßnahmen zur Behandlung von chronischem Alkoholismus und/oder Suchtmittelabhängigkeit sowie sich daraus ergebende Komplikationen und Folgen, medizinische Versorgung von Verletzten infolge von Alkohol- oder Genussmittelmissbrauch, Gewalt, Streit, Schlägereien und Raufereien, Suizidversuch und

Selbstverstümmelung, sowie Erkrankungen oder Unfälle, die auf Vorsatz, Fahrlässigkeit oder Unvorsichtigkeit des Versicherten beruhen.

f) Schönheitschirurgie sowie alle anderen zu ästhetischen oder kosmetischen Zwecken durchgeführten Infiltrationen, Handlungen oder Behandlungen, es sei denn, es liegt eine funktionelle Störung des betroffenen Körperteils vor (rein psychologische Gründe sind hierbei nicht ausreichend). Geschlechtsumwandlungsoperationen und Lipödeme oder Lipödeme sowie die damit verbundenen medizinischen Behandlungen. Krampfaderbehandlungen aus ästhetischen Gründen, ambulante oder stationäre Schlankheitskuren und dermatologisch ästhetische Behandlungen im Allgemeinen, hierzu gehören auch operative Haarbehandlungen. Ebenfalls ausgenommen ist die chirurgische Korrektur von Fehlsichtigkeiten, Astigmatismus, Weitsichtigkeit und Alterssichtigkeit sowie Orthokeratologie und kosmetische Zahnmedizin. Weiter sämtliche Folgen und Komplikationen, die infolge der in diesem Absatz zusammengefassten Ausschlüsse auftreten.

g) Alternative und komplementäre Therapieformen, Akupunktur,

Naturopathie, Homöopathie, Phytotherapie, Chiromassage, Lymphdrainage, Mesotherapie, Magnettherapie, Gymnastik, Osteopathie, Hydrotherapie, alternative Entbindungsmethoden (Hausgeburt, Wassergeburt usw.), dreifasige Oxygentherapie, Pressotherapie, Ozontherapie, nicht in Abschnitt 3.1.6.5 aufgeführte Modalitäten und Indikationen der Lichttherapie und andere vergleichbare Leistungen, sowie medizinische Fachgebiete und solche aus dem Gesundheitsbereich, die von Abschnitt 3.1.6 nicht erfasst werden (Beschreibung der Deckungen), oder die offiziell nicht anerkannt sind.

Weiter sind ausgeschlossen prophylaktische Operationen für jede Art von Krebs, medizinisch-chirurgische Behandlungen mit Techniken der Radiofrequenztherapie außer bei Adenotonsillektomie, bei Kardioablation, Turbinoplastik sowie Ablationen bei rhinosinusalen Pathologien.

h) Aufenthalte, Versorgung und Behandlung in nichtmedizinischen Einrichtungen wie Hotels, Spas und Badekureinrichtungen, Senioren-, Wohn-, Erholungsheimen, Diagnoseeinrichtungen und allen weiteren, mit diesen vergleichbaren Einrichtungen, auch wenn die Behandlung auf ärztliche

Verschreibung hin erfolgt, sowie die Aufnahme in Freizeit-, Erholungs- und Diätzentren.

Aufnahme in Fachkliniken für Psychiatrie, ausgenommen bei akuter Krise, Krankenhausaufnahme bzw. -aufenthalte aus sozialen oder familiären Gründen sowie solche, die durch häusliche oder ambulante Pflege ersetzt werden können.

Ausgeschlossen ist weiter eine Gesundheitsversorgung, die erbracht wird in privaten Zentren, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören, sowie diejenige, die in einem Krankenhaus, Zentrum oder einer anderen Einrichtung erbracht wird, die öffentlich und dem nationalen spanischen Gesundheitssystem angegliedert ist und/oder abhängig ist von einer Autonomen Region, mit Ausnahme der konkret festgelegten Fälle (siehe Abschnitt 3.1.4 Versorgung durch Fremdmittel, also Leistungserbringer, die dem „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ nicht angehören.

In jedem Fall behält sich DKV Seguros das Recht vor, die für medizinisch-chirurgische sowie stationäre Versorgung an das öffentliche Gesundheitssystem entrichteten Kosten vom Versicherten zurückzufordern.

i) Diagnostische und/oder therapeutische Hochtechnologie, Lithotripsie, mit Ausnahme derjenigen, die genannt werden in Artikel 3.1.6.4 „Diagnostische Verfahren“ und/oder 3.1.6.5 „Therapeutische Verfahren“ dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen. Darüber hinaus sind fernmedizinische Leistungen in allen Modalitäten der Gesundheitsversorgung, die nicht ausdrücklich in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen angegeben sind, ausgeschlossen.

j) Die Behandlung des Schnarchens und der obstruktiven Schlafapnoe (ausgenommen zwanzig Sitzungen mit CPAP oder BiPAP) sowie Behandlungen und/oder strahlentherapeutische Modalitäten und deren medizinische Indikationen, die nicht ausdrücklich im Abschnitt 3.1.6.5 „Therapeutische Verfahren“, unter dem Abschnitt „Strahlentherapie“ dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt werden. Ebenfalls ausgeschlossen sind die Protonentherapie, Neutronentherapie, Radiochirurgie mit Cyberknife sowie Radiopharmaka mit radioaktiven Isotopen, die nicht von der EMA (European Medicines Agency) zugelassen sind und/oder 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 3.1.6.7 „Ergänzende Deckungen“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt werden.

l) Freiwillige Schwangerschaftsunterbrechung und die durch einen Eingriff vorgenommene Reduzierung von Embryonen in allen möglichen Fällen, rekonstruktive Chirurgie vorheriger empfängnisverhütender Techniken, Behandlung von Unfruchtbarkeit, Samenwaschtechniken und alle Arten von Behandlungen zur künstlichen Befruchtung.

m) Alle Arten von Prothesen, Implantaten, medizinischen Geräten, orthopädischen und anatomischen Teilen, ausgenommen diejenigen, die unter Abschnitt 3.1.6 „Beschreibung der Deckungen“ dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt werden.

Außerdem gilt der Ausschluss für künstliches Herz, Wirbelsäulenimplantate, Implantate aus Biomaterialien und biologischen Materialien, synthetische und orthopädische Implantate, die nicht

ausdrücklich unter Abschnitt 3.1.6.7 genannt werden, sowie deren Verwendung bei anderen Indikationen als den festgelegten.

n) Zahnmedizin, spezielle Behandlungen: Wurzelkanalbehandlungen, Parodontose, Kieferorthopädie, Zahnfüllungen und Fissurenversiegelungen für Versicherte, die älter 14 Jahre sind, Rekonstruktionen, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion, Implantologie sowie die zur Durchführung dieser Behandlungen notwendigen diagnostischen Mittel und Verfahren.

o) Angeforderte Fahrten zur Wahrnehmung von Arztbesuchen, Vornahme diagnostischer Tests und sonstiger ambulanten Behandlungen aller Art. Analysen und andere Untersuchungen, die für die Ausstellung von Bescheinigungen, Erstellung von Berichten sowie zur Ausstellung von Dokumenten vorgenommen werden und die keine eindeutig mit der ärztlichen Behandlung zusammenhängende Funktion haben.

p) Bei Psychiatrie und klinischer Psychologie sind ausgeschlossen diejenigen Konsultationen, Diagnoseverfahren und Therapien, die nicht neurobiologischen oder pharmakologischen Kriterien folgen, weiter sind ausgeschlossen

Psychoanalyse, Hypnose oder ambulante Narkolepsie-Behandlung, Sophrologie, Ruhe- und Schlaftherapie sowie sämtliche davon abgeleiteten Therapien mit vergleichbaren Leistungen.

Außerdem ausgeschlossen sind die Psychotherapie für Gruppen oder Paare, psychologische und psychomotorische Tests, die psychosoziale oder neuropsychiatrische Rehabilitation, die edukative oder kognitiv konduktuale Therapie bei Sprach- und Schreibschwächen und bei andersartigen Entwicklungsstörungen, außer den Behandlungsmethoden, die ausdrücklich im Artikel 3.1.6.7 (Versicherungsumfang der klinischen Psychologie) eingeschlossen wurden.

q) Logopädie und Phoniatrie zur Behandlung von Sprachstörungen, Aussprache und der Sprache, verursacht durch anatomische oder angeborene neurologische und psychomotorische Veränderungen diversen Ursprungs, ausgenommen die in Abschnitt 3.1.6.5 „Therapeutische Verfahren“ (Abschnitt über die logopädische Rehabilitation) angegebenen Fälle.

r) Regenerative Medizin, biologische Medizin, Immuntherapie, Zell- und Genterapien, biologische Therapien, Therapien mit direkt wirkenden

Virenhemmern sowie deren Anwendung oder Verabreichung.

Zudem ausgeschlossen sind experimentelle Behandlungen oder Behandlungen im Rahmen klinischer Studien in allen Phasen und Stufen, Behandlungen mit »compassionate use«-Produkten und mit Orphan-Medikamenten.

s) Druckkammer, Dialyse und Hämodialyse zur Behandlung chronischer Erkrankungen.

t) Gesundheitsversorgung bei viralen hämorrhagischen Fiebererkrankungen sowie den damit zusammenhängenden Komplikationen und Folgen. Die sich aus der Behandlung von Infektionen mit HIV / AIDS ergebenden Kosten und der durch das Virus verursachten Krankheiten, sofern diese den in Absatz 3.1.6.7 „Ergänzende Deckungen“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen garantierten Höchstbetrag nicht überschreiten.

u) Bildgesteuerte oder computergesteuerte Roboter-Chirurgie (außer Carto-System, Neuronavigation, kognitive Prostata-Biopsie, durch Bildverschmelzung geleitete und hochtechnologisch aufgeschlüsselte Roboter-Chirurgie, die in den Grenzen inbegriffen sind und bei den in Abschnitt 3.1.6.5

beschriebenen Indikationen) roboterassistierte Therapien, computergesteuerte Therapiesysteme sowie Laser-Behandlungen. Diese sind ausschließlich im Rahmen der unter Abschnitt 3.1.6. »Beschreibung der Deckungen« genannten Fachgebiete und Indikationen gedeckt.

v) Die Kosten für die Nutzung von Telefon und Fernsehen, Verpflegung des Begleiters in der Klinik, Reise- und Anfahrtskosten, ausgenommen der Krankenwagen in den unter Abschnitt „Medizinische Grundversorgung“ und „Notfallversorgung“ dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannten Fällen, sowie die weiteren Dienstleistungen, die für die Krankenhausversorgung entbehrlich sind.

w) Transplantation und autologe Transplantation von Organen, Implantate und autologe Implantate, mit Ausnahme derjenigen, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen unter dem Abschnitt „Therapeutische Verfahren“ genannt werden. Bei Transplantationen sind außerdem die Kosten für Entnahme, Transport und Konservierung des Organs ausgeschlossen, ausgenommen bei Augenhornhaut-Transplantation.

x) Pharmazeutische Präparate, Medikamente und zusätzliche

Heilmittel jeglicher Art, mit Ausnahme derjenigen, die der Versicherte während seines stationären Aufenthalts (mindestens 24 Stunden) in einem Krankenhaus erhält.

Ausdrücklich ausgeschlossen sind in jedem Fall biologische Medikamente und medizinische Biomaterialien, die nicht unter Abschnitt 3.1.6.7 „Chirurgische Implantate“ genannt werden und den unter Abschnitt 3.1.7. „Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen“ genannt werden; dies gilt auch dann, wenn diese während des stationären Krankenhausaufenthalts verabreicht werden.

Die Krebs-Chemotherapie deckt ausschließlich die Kosten der spezifisch zytostatischen Medikamente, die unter „Zytostatika“ in Abschnitt 2 „Grundlagen. Definitionen“ aufgeführt werden. Ausdrücklich von den Leistungen ausgeschlossen sind Anti-Tumor-Immuntherapie, monoklonale Antikörper, Zell- und/oder Gentherapien, endokrine oder Hormontherapie, Enzym-, bzw. molekulare Inhibitoren, anti-angiogene Medikamente und Sensibilisatoren, die in der photodynamischen Therapie und der Strahlentherapie eingesetzt werden.

y) Die Rehabilitation zur Beibehaltung der vorhandenen Funktionen bei irreversiblen neurologischen

Verletzungen unterschiedlicher Herkunft und bei chronischen Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparats.

Eingeschlossen sind Reiz stimulierende Behandlungen, Ergotherapie, stationäre Behandlungen von erworbenen Hirnschäden oder andere Formen der häuslichen (ausgenommen bei der unter Abschnitt 3.1.6.5 „Physiotherapie beim Versicherten zu Hause“ genannten Indikation) und stationären Rehabilitation, die in nicht autorisierten und/oder im Verzeichnis der entsprechenden Autonomen Region eingetragenen Zentren aufgeführt sind.

z) Humangenetische Beratung, Vaterschaftstest, Erstellung genetischer Risikokarten zu präventiven und prognostischen Zwecken, molekulare Karyotypisierung, vergleichende Gen-Hybridisierung, Microarray-Plattformen mit automatisierter Analyse (ausgenommen prognostisch-prädiktive Gen-Plattform bei Brustkrebs) sowie jede andere genetische oder molekularbiologische Technik deren Einsatz zum Zweck der Prognose oder Diagnose beantragt wird, wenn eine solche auch mithilfe anderer Mittel oder Methoden gestellt werden kann oder keinen Einfluss auf die Therapie hat.

3.1.8 Karenzzeiten und Ausschluss

Sämtliche Leistungen, die DKV kraft dieser Versicherung erbringt, können ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrags in Anspruch genommen werden.

Ausgenommen von dem eben genannten allgemeinen Grundsatz sind folgende Leistungen:

1. Chirurgische Eingriffe und Krankenhausaufenthalte, einschließlich chirurgische Prothesen aus jeglichem Grund und jeglicher Art. Für diese gilt eine Karenzzeit von sechs Monaten, außer in Notfällen oder bei Unfällen.

Unter Notfall wird in diesem Fall diejenige Hilfeleistung (medizinischer oder sanitärer Art) verstanden, die, wenn sie nicht unverzüglich und ohne Aufschub geleistet wird, das Leben des Patienten oder seine körperliche Unversehrtheit gefährden oder seine Gesundheit auf Dauer ernsthaft beeinträchtigen kann.

2. Ärztliche Versorgung bei jeder Art von Geburt (ausgenommen Frühgeburt) **oder Kaiserschnitt**, hier 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 Definitionen).

5. Für Fußchirurgie und biomechanische Gang- und Trittalysen gilt eine Karenzzeit von 6 Monaten.

3.1.9 Versicherungsleistungen in Abhängigkeit von dem oder den unter Vertrag genommenen Modulen zur Gesundheitsversorgung

Die Verträge zur Bereitstellung der Gesundheitsdienstleistungen, die unter Abschnitt 3.1.6 der Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt werden, sind in drei verschiedenen Deckungsmodalitäten unterteilt, je nach Versorgungsumfang:

Alle Optionen umfassen Notfallversorgung in der entsprechenden Versorgungsmodalität.

Die Krankenversicherung „DKV Professional“ kann entsprechend der Kombination dieser Versorgungsmodule mit bis zu sieben verschiedenen Modalitäten abgeschlossen werden.

Alle Module schließen die Notfallversorgung, Reiseversicherung und den Zugang zu Zusatzleistungen ein.

Für bestimmte Deckungsleistungen ist bei Versicherungsabschluss die Kombination mit einem oder zwei Modulen erforderlich, um Anspruch auf die Erbringung der Leistungen zu haben.

3.1.9.1 Medizinische Grundversorgung

Umfasst Präsenz- und Fernsprechstunden für Allgemeinmedizin und Pädiatrie, ambulante und häusliche Krankenpflege, Notfallbehandlungen ohne stationäre Einweisung dieser medizinischen Fachgebiete, grundlegende medizinische Blut- und Urintests (**nicht eingeschlossen sind Hormon-, Immunologie- und Genetests sowie Molekularbiologietests**), Ultraschall des Bauchraums, einfache, konventionelle Radiologie (ohne Kontrastmittel), eine grundlegende kardiologische Untersuchung pro Jahr, Krankenwagenservice bei einem Notfall und eine Reiseversicherung bei Auslandsreisen bis maximal 180 Tage je Reise oder Fahrt.

Ausschlüsse: fachärztliche Versorgung, medizinische Behandlungen, zusätzliche diagnostische Verfahren (mit Ausnahme der ausdrücklich eingeschlossenen Verfahren), stationäre medizinische oder chirurgische Versorgung, Arzneimittel, Rückerstattung von Aufwendungen für medizinische Leistungen im Ausland bei schwerer Erkrankung, Familienhilfe aufgrund von Pflegebedürftigkeit 3.

Grades nach Unfall und Aufbewahrung der Nabelschnur.

3.1.9.2 Fachärztliche Versorgung ohne stationäre Behandlung

Eingeschlossen sind Präsenz- und Fernsprechstunden der unterschiedlichen medizinischen und chirurgischen Fachbereiche (auch Pädiatrie, mit Ausnahme von Hausbesuchen, sofern nicht das Modul Grundversorgung abgeschlossen wurde), diagnostische Verfahren und medizinische Behandlungen, ausschließlich, wenn sie in einer Arztpraxis durchgeführt werden und keine Operations- oder Krankenhausaufenthaltskosten entstehen, wie in den Artikeln 3.1.6.3, 3.1.6.4 und 3.1.6.5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt. Davon ausgenommen sind diagnostische Endoskopien des Verdauungstraktes, bei denen OP- und Anästhesiekosten gedeckt werden.

Umfasst zudem Notfallbehandlungen ohne stationäre Einweisung im Rahmen dieser medizinischen Fachgebiete sowie die Versorgung auf Reisen.

Bei Abschluss dieser Modalität sind folgende Leistungen enthalten:

- > Diagnostische Hochtechnologie, diagnostische Endoskopien des Verdauungstraktes und Kapselendoskopie

- > Die spezifischen Präventionsprogramme, die unter Abschnitt 3.1.6.7 genannt werden (Geburtsvorbereitung eingeschlossen).
- > Präsenz- und virtuelle Fernpsychotherapie
- > Das Einsetzen der Spirale (IUP)
- > Logopädie bei organischen Störungen und logopädische Umerziehung bei Sprachstörungen
- > Schmalband UVB-Fototherapie
- > Die verschiedenen Arten der Präsenzrehabilitation, die in Artikel 3.1.6.3 aufgeführt sind (traumatologische, neurologische, kardiologische, respiratorische Rehabilitation und Rehabilitation des Beckenbodens) sowie die Fernphysiotherapie zur Wiederherstellung von Muskel-Skelett-Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparats.
- > Kleinere chirurgische Eingriffe der Gruppen 0 und I gemäß Einteilung der spanischen Ärztekammer Organización Médica Colegial (OMC), ausschließlich bei Vornahme in Arztpraxen.
- > Die Schlafdiagnostik oder Polysomnografie sowie die Behandlung des obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndroms.

- > Die Schmerzdiagnostik zur Behandlung bei chronischen Schmerzen (ausgenommen davon sind Arzneimittel, deren Kosten vom Versicherten übernommen werden).
- > Biomechanische Gang- und der Laufanalysen

>DiätassistentIn

Ausschlüsse: medizinische Erstversorgung, therapeutische Verfahren, die ausdrücklich von anderen Modalitäten der Versicherung „DKV Profesional“ abgedeckt werden, alle Endoskopien, die nicht den Verdauungstrakt betreffen, für die eine Anästhesie und OP erforderlich sind, stationäre medizinische oder chirurgische Versorgung, pathologisch-chirurgische Anatomie, prä- und postoperative Untersuchungen, Medikamente und die Rückerstattung von Aufwendungen für medizinische Versorgung im Ausland bei schweren Erkrankungen sowie Familienhilfen aufgrund von Pflegebedürftigkeit 3. Grades nach Unfall und Aufbewahrungskosten der Nabelschnur.

3.1.9.3 Stationäre medizinische Versorgung

Hierunter sind alle in Abschnitt 3.1.6.6 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), der Arzneimittelversorgung während eines Krankenhausaufenthaltes und der ambulant durchgeführten großen Operationen und gegebenenfalls Prothesen.

Umfasst zudem Notfallbehandlungen im Krankenhaus, falls erforderlich mit Krankenhausaufenthalt, weiter Reiseassistenz sowie die Zahlung einer Entschädigung pro Tag für Krankenhausaufenthalte, sofern diese Bestandteil des Versicherungsschutzes ist und aus der Einlieferung keine Kosten zu Lasten der DKV Seguros entstanden sind.

Ausdrücklich in dieser Modalität eingeschlossen sind weiterhin:

- > Onkologische Behandlungen: Strahlentherapie, Brachytherapie und Chemotherapie
- > Therapie mit thrombozytenreichem Plasma, bei dem die enthaltenen Thrombozyten nach Aktivierung eine Vielzahl von Wachstumsfaktoren produzieren: Bei Eingriffen zu Gelenkersatz und der chirurgischen Behandlung nichtheilender Frakturen (Pseudarthrose).
- > Bei vakuumunterstützter Verschlusstherapie (VAC) oder Therapie mit topischem Unterdruck (PNT) bei den Indikationen und **mit den Beschränkungen, die genannt werden in Abschnitt 3.1.6.5. „Therapeutische Verfahren“**.
- > OSNA (One Step Nucleic Acid Amplification) Technik bzw. Verfahren: Intraoperative molekulare Analyse der Lymphknoten. Eingeschlossen bei Brustkrebs im Frühstadium ohne Lymphknotenbeteiligung.
- > Die Lithotripsie in Niere und Gallenblase und des Muskel-Skelett-Systems
- > Dialyse und Hämodialyse
- > Operationen der Gruppen II bis VIII gemäß Einteilung der spanischen Ärztekammer Organización Médica Colegial (OMC), ausschließlich bei Vornahme in einem Krankenhaus.
- > Größere ambulante Operationen, therapeutische Endoskopien des Verdauungstraktes und diagnostische und / oder therapeutische Fibrobronchoskopien.
- > Interventionelle bzw. invasive vaskuläre und viszerale Radiologie
- > Techniken zur Familienplanung: Tubenligatur und Vasektomie

- > Intrakranielle Radiochirurgie (stereotaktische Bestrahlung) in der Neurochirurgie.
- > Arthroskopische Chirurgie, moderne endoskopische Chirurgie des Verdauungstraktes (Mukosektomie und endoskopische Submukosadisektion) sowie robotergeführte Teil-Nephrektomie aufgrund eines Nierenkarzinoms.
- > Adenotonsilplastik, Operation der Nasenmuscheln oder Turbinoplastik und Radiofrequenz-Ablation bei rhinosinusaler Pathologie.
- > Einsatz von chirurgischem Laser in Gynäkologie, Ophthalmologie, Proktologie, peripherer Gefäßchirurgie und im HNO-Bereich.
- > Endourologischer Holmium-Laser, GreenLight Laser (HPS und KTP), Dioden-, Holmium- oder Tulium-Laser, zur chirurgischen Behandlung der gutartigen Prostatahyperplasie.
- > Perkutane Nukleotomie und Chemonukleose.
- > Therapeutische Hochtechnologie **(siehe vom Versicherungsschutz abgedeckte Behandlungen unter Artikel 3.1.6.5 Behandlungsmethoden).**
- > Chirurgische Prothesen.

- > Zahlung eines Tagegeldes bei stationärem Krankenhausaufenthalt

Ausschlüsse: Nichtstationäre medizinische Versorgung, Erstversorgung, und fachärztliche Versorgung, medizinische Behandlungen (mit Ausnahme von Behandlungen, die ausdrücklich in dieser Modalität enthalten sind), robotergeführte laparoskopische Prostataentfernung bei Prostatakarzinom, zusätzliche diagnostische Verfahren, Rückerstattung von Aufwendungen für medizinische Versorgung im Ausland bei schweren Erkrankungen sowie Familienhilfen aufgrund von Pflegebedürftigkeit 3. Grades nach Unfall und Aufbewahrungskosten der Nabelschnur.

3.1.9.4 Nichtstationäre medizinische Versorgung: medizinische Grundversorgung, Fachärzte und Diagnosemethoden

Integriert in derselben Krankenversicherung die Leistungen und Dienstleistungen, die in beiden Modulen der nichtstationären Versorgung enthalten sind, Notfälle ohne Krankenhausaufenthalt dieser Fachgebiete und Reiseassistenz.

Ebenfalls wird durch diese Modalitätenkombination ausdrücklich die Blutabnahme mittels eines Hausbesuchs beim Versicherten gedeckt, wenn eine schwere

Pflegebedürftigkeit zweiten Grades (maximal 2 Extraktionen pro Jahr) oder dritten Grades (große Pflegebedürftigkeit) nachgewiesen wird.

3.1.9.5 Fachärztliche Versorgung mit stationärer Behandlung

Umfasst spezialisierte medizinische oder chirurgische Versorgung ambulant und während des stationären Aufenthalts. Die laparoskopische Roboter-Chirurgie; Notfallbehandlungen im Rahmen dieser medizinischen Fachgebiete, einschließlich der stationären Einweisung, falls diese erforderlich ist; und Komplementärdiagnostik; medizinische Versorgung und Reiseversicherung.

Ebenfalls wird durch die Versicherung in diese Kombination aus Modulen die Physiotherapie beim Versicherten zu Hause ausdrücklich gedeckt. Sie ist begrenzt auf maximal 20 Sitzungen pro Jahr, wenn eine Pflegebedürftigkeit zweiten oder dritten Grades (große Pflegebedürftigkeit) nach einem Krankenhausaufenthalt von mehr als 24 Stunden vorliegt.

Individuelle Abschlüsse dieser Modalität ermöglicht den Zugriff auf die folgenden Zusatzleistungen:

Erstattung der jährlich anfallenden Kosten für die Aufbewahrung der Nabelschnur in Stammzellenbanken während der ersten sechs Jahre und

Service mit Selbstbeteiligung zur Entnahme und Kryokonservierung der Nabelschnur

3.1.9.6 Medizinische Erstversorgung 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.

3.1.9.7 Medizinische Rundum-Versorgung

Sie 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, der laparoskopischen Roboter-Chirurgie sowie Notfälle in ihren verschiedenen Pflegemodalitäten, den Krankenwagen-Service und die Versorgung auf Reisen.

Bei der Einzelversicherung ist der **Abschluss dreier Module** (Erstversorgung, fachärztliche Versorgung und stationäre Versorgung) nötig, um Anspruch auf die exklusiven

Deckungen der Versicherung zu haben (**siehe Artikel 3.1.6.8 „Exklusive Deckungen“**). Ausgenommen davon sind die Entnahme und Konservierung der Nabelschnur, für die nur zwei Module – fachärztliche und stationäre Versorgung – abgeschlossen werden müssen.

3.1.10 Besondere gesundheitliche Risiken beim Vertragsabschluss der Krankenversicherung

Der Versicherungsnehmer kann mit DKV Seguros die Deckung von Risiken vereinbaren, die durch diese Allgemeinen Vertragsbedingungen ausgeschlossen werden oder von diesen nicht ausdrücklich erfasst werden.

Diese werden »besondere gesundheitliche Risiken« genannt. Damit diese vom Versicherungsschutz erfasst werden, ist es notwendig, sie in den Besonderen Vertragsbedingungen ausdrücklich festzulegen und es ist dafür ein Zusatzbeitrag zu bezahlen.

3.2 Versicherung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausaufenthalt

3.2.1 Gegenstand der Versicherung

Diese Versicherung garantiert die Zahlung einer täglichen Geldleistung, entsprechend den von der Richtlinie abgedeckten Risiken. Die beauftragten Deckungen gelten für weltweit entstandene Ansprüche, vorausgesetzt,

dass sich der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherten in Spanien befindet.

Die Deckung für tägliche vorübergehende Arbeitsunfähigkeit gilt nur, während sich der Versicherte im Inland befindet.

Für die Deckung „Tagegeld mit Pauschalleistung“ ist die Bestätigung eines in Spanien tätigen Arztes erforderlich.

Die Deckung des stationären Krankenhausaufenthalts ist auf das Gebiet der Europäischen Union, die Vereinigten Staaten und Kanada beschränkt.

3.2.2 Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Wenn die Deckung der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit beauftragt wird, muss diese in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt werden, indem angegeben wird, welche der sechs Garantien dieser Deckungen beauftragt wurden.

Garantie I. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Tagegeldleistung. Erste Periode

Für eine Dauer von 30 Tagen zahlt DKV Seguros der versicherten Person das in den Besonderen Versicherungsbedingungen der Police

vereinbarte Krankentagegeld, wenn sie vorübergehend arbeitsunfähig ist.

Das Recht auf diese Entschädigungszahlung besteht nach Ablauf der Karenzzeit. Wenn keine Karenzzeit vereinbart worden ist, hat die versicherte Person vom Tag der Arbeitsunfähigkeit an Anspruch auf die Entschädigungszahlung.

DKV Seguros zahlt für jedes Neugeborene nach einer Schwangerschaft von mindestens sechs Monaten der in den Garantien I, II und III versicherten Mutter einen Einmalbetrag unter der Voraussetzung, dass die Entbindung acht Monate nach Versicherungsbeginn erfolgt. Diese Entschädigung entspricht dem 20fachen Tagessatz des von DKV Seguros für den ersten Leistungszeitraum festgelegten Betrages im Fall von vorübergehender Arbeitsunfähigkeit.

Die gleiche Leistung bei gleichen Konditionen wird versicherten Müttern im Fall der Adoption gewährt, wenn die erforderlichen Formalitäten für die Adoption innerhalb von acht Monaten nach Versicherungsbeginn eingeleitet worden sind.

Garantie II. Tägliche vorübergehende Arbeitsunfähigkeit. Zweite Periode

Bei Fortbestand der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit garantiert

DKV Seguros der versicherten Person die Zahlung des in den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Versicherungspolice festgelegten Krankentagegeldes vom 31. bis 90. Tag. Diese Garantie gilt nur für die Dauer der vollständigen vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit des Versicherten.

Garantie III. Tägliche vorübergehende Arbeitsunfähigkeit. Dritte Periode

Im Rahmen des 3. Leistungszeitraums garantiert DKV Seguros bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit die Zahlung des Krankentagegeldes vom 91. bis zum 365. Tag in Höhe des in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegten Betrages. Diese Garantie gilt nur für die Dauer der vollständigen vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit des Versicherten.

Garantie IV. Tägliche vorübergehende Arbeitsunfähigkeit. Vierte Periode

Im Rahmen des 4. Leistungszeitraums garantiert DKV Seguros bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit die Zahlung des Krankentagegeldes vom 366. bis zum 547. Tag in Höhe des in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegten Betrages. Diese Garantie gilt nur für die Dauer der vollständigen vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit des Versicherten.

Garantie V. Tägliche vorübergehende Arbeitsunfähigkeit. Fünfte Periode

Im Rahmen des 5. Leistungszeitraums garantiert DKV Seguros bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit die Zahlung des Krankentagegeldes vom 548. bis zum 730. Tag in Höhe des in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegten Betrages. Diese Garantie gilt nur für die Dauer der vollständigen vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit des Versicherten.

Versicherungsfähiger Personenkreis für die Deckung „Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit“ Tagegeldleistung

Versicherungsfähig sind alle Personen bei Abschluss des Vertrages im Alter zwischen 16 und 64 Jahren, beide inbegriffen, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder eine bezahlte berufliche Tätigkeit ausüben und sich nicht in juristischer oder materieller Hinsicht in einer Situation von Arbeitslosigkeit, Arbeitsniederlegung, vorübergehender oder dauerhafter Arbeitsunfähigkeit, Mutterschutz, Beurlaubung oder anderen Gründen der Erwerbslosigkeit befinden.

Regeln für die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Tagegeldleistung

Deckungsabgrenzung

a) Es besteht ein Anspruch auf die Leistung für jeden Tag, an dem sich der Versicherte in einer vollständigen Situation vorübergehender Arbeitsunfähigkeit befindet.

Außerdem ist sie verpflichtet, sich in eine ihrer Erkrankung entsprechende ärztliche Behandlung zu begeben.

b) Der Tag der Gesundheitschreibung wird in jedem Fall als nicht entschädigungsfähig betrachtet, weshalb für diesen kein Leistungsanspruch besteht.

c) Wenn sich die vorgesehene Dauer der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit auf Anraten der behandelnden Ärzte durch spezielle diagnostische Proben verlängern sollte, kann DKV Seguros vorschlagen oder die versicherte Person selbst die Genehmigung beantragen, dass diese Probe in einer vertraglich gebundenen Einrichtung durchgeführt wird.

Es handelt sich hierbei um folgende spezielle diagnostische Verfahren:

- > Ultraschallaufnahmen der Muskeln und Gelenke
- > Elektromyogramm
- > Einfache Röntgenaufnahme
- > Scanner / CT

> Kernspिनresonanz

Die Kosten für die vom behandelnden Arzt schriftlich verordnete entsprechende Durchführung des Verfahrens werden von DKV Seguros übernommen, wenn zum Zeitpunkt der Genehmigung bis zur Durchführung mehr als 30 Tage vergehen.

Wenn die versicherte Person sich weigert, die festgelegte Probe gemäß Ziffer c) durchführen zu lassen, stellt DKV Seguros nach Ablauf von 30 Tagen die Leistung ein.

Dieser Krankheitszeitraum kann nur an den vorherigen anknüpfen, wenn die vorliegenden medizinischen Berichte vor der diagnostischen Probe die Arbeitsunfähigkeit belegen.

d) Folglich verliert die versicherte Person ihren Leistungsanspruch wenn:

- > Die versicherte Person in der Lage ist, ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen oder sie tatsächlich wieder aufnimmt. Die gilt auch, wenn sie ihre Tätigkeit nur teilweise ausüben kann, obwohl sie noch nicht völlig geheilt ist. (In diesem Fall liegt keine vollständige Arbeitsunfähigkeit mehr vor).
- > Wenn die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit in eine Invalidität oder eine dauernde Berufsunfähigkeit

für den ausgeübten Beruf übergeht oder die versicherte Person Rente wegen Berufsunfähigkeit bezieht oder einen Antrag hierauf stellt oder ein entsprechendes Tagegeld erhält oder ihre gesundheitliche Situation nach objektiven medizinischen Kriterien und unabhängiger administrativer Entscheidung nicht mehr änderbar ist (in diesem Fall liegt keine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mehr vor).

- > Die zuvor unter Abschnitt c) genannten Umstände eintreten.
- > Die versicherte Person Altersruhegeld bezieht oder arbeitslos wird oder eine dementsprechende ähnliche Situation eintritt (in diesem Fall entfällt die Versicherungsfähigkeit).
- > Wenn sich die versicherte Person während ihrer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit länger als 72 Stunden außerhalb ihrer Wohnung aufhält, ohne dies DKV Seguros vorher mitgeteilt zu haben und deren Zustimmung dazu erhalten zu haben (DKV Seguros kann in diesem Fall die Leistungspflicht nicht prüfen).

e) Für den Fall, dass die versicherte Person aufgrund der gleichen Ursache oder medizinischer Ursachen, die in direktem Zusammenhang mit der ursprünglichen Ursache stehen, eine erneute vorübergehende

Arbeitsunfähigkeit ausgestellt bekommt, werden die neuen Perioden vorübergehender Arbeitsunfähigkeit in jedem Fall als Fortsetzung der anfänglichen Periode betrachtet, sofern die Police weiterhin besteht.

Die Summe aller stationären Aufenthalte kann den in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegten Höchstleistungszeitraum in keinem Fall überschreiten. In keinem Fall können die für dieselbe Pathologie anfallenden oder damit zusammenhängende Aufenthalte über die Dauer der Vertragsgültigkeit die in den Besonderen Bedingungen festgelegten Grenzen überschreiten.

f) Falls der Versicherte gleichzeitig mehrere Gebrechen erleidet, oder falls ein neues Gebrechen zu dem ursprünglich bekanntgegebenen hinzukommt, können die Leistungen nicht kumuliert werden. Es beginnt eine neue Frist, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an dem das letzte Gebrechen begann. Es besteht solange kein Leistungsanspruch für dieses Gebrechen, bis zu dem Zeitpunkt, an dem Sie vom ersten Gebrechen gesundgeschrieben wurden.

g) Bei über Policen abgedeckten Zwischenfällen, die sowohl Garantien für tägliche vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, als auch für nach einem Schlüssel berechnete vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen haben, ist die

Leistung jeder einzelnen während der Dauer der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, zu welcher die beiden Zeiträume übereinstimmen, nicht miteinander kombinierbar. Die tägliche vorübergehende Arbeitsunfähigkeit ermöglicht Leistungen erst ab dem Tag, an dem die Periode der über einen Schlüssel berechneten vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit endet.

Regeln für die Abwicklung eines Versicherungsfalls Vorgehen und Lösung von Unstimmigkeiten

a) Zum Erhalt der Leistung aufgrund täglicher vorübergehender Arbeitsunfähigkeit muss der DKV Seguros das vollständig ausgefüllte Dokument mit dem Titel „Declaración de Siniestro“ („Unfallbericht“) übermittelt werden sowie die vom behandelnden Arzt des Patienten unterschriebene Krankmeldung mit folgenden Angaben:

- > Name und Nachname des Arztes
- > Identität, Adresse, Alter und Beruf oder Tätigkeit des Versicherten
- > Die derzeitige Pathologie, welche die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit verursacht hat
- > Ursachen, Vorerkrankungen und Zeitpunkt des Beginns der Erkrankung oder des Auftretens des Unfalls

- > Datum des Beginns der Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer

DKV Seguros kann die Vorlage einer Kopie einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung einer offiziellen Behörde verlangen, dies ist jedoch nicht bindend für DKV Seguros.

Nach Fertigstellung des ärztlichen Attests muss das Dokument zum Nachweis bei DKV Seguros vorgelegt werden.

b) Die entsprechende Leistung kann ab dem Tag der Krankschreibung beansprucht werden, sofern DKV Seguros nachweislich die im vorangehenden Abschnitt beschriebene Bescheinigung innerhalb von sieben Tagen, gerechnet ab dem Zeitpunkt des Unfalls, vorgelegt wird. Erfolgt der Eingang der Unterlagen nach Ablauf dieser Frist bei DKV Seguros, so wird das Krankentagegeld ab dem Tag des Eingangs gezahlt.

c) Zum Erhalt der Leistung für jedes Neugeborene oder adoptierte Kind muss eine geeignete Bestätigung in Form eines Krankenhausberichts zur Entlassung, einer Bescheinigung über die Eintragung im Standesamt oder der Vorlage des Familienbuches vorgelegt werden.

d) Vor der Auszahlung der Leistung ist der Grund für den Krankenstand zu bescheinigen und DKV Seguros kann nach eigenem Ermessen Krankenbesuche abstaten, um den Zustand und die Pathologie des Versicherten zu überprüfen, welcher sämtliche ärztlichen Berichte im Zusammenhang mit dem Grund der Krankmeldung an die ärztliche Versorgung von DKV Seguros übermitteln muss. Sollte die versicherte Person diese Besuche verweigern oder ablehnen, so wird DKV Seguros von der Leistungspflicht befreit.

e) Wenn DKV Seguros -auf welchem Weg auch immer- feststellen sollte, dass der Versicherte die Dauer seiner vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit auf arglistige Weise verlängert, oder in ungerechtfertigter Weise die Möglichkeit verweigert, seinem Beruf ganz oder teilweise nachzugehen, oder wenn festgestellt wird, dass der Versicherte eine andere Pathologie erleidet, als jene, die zu dem Unfall geführt hat, kann DKV Seguros die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Gewährung von Leistungen beenden und wird dies dem Versicherten schriftlich mitteilen.

Erklärt sich der Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder der Begünstigte mit dieser Entscheidung nicht einverstanden, muss dies DKV Seguros spätestens innerhalb der

nächsten sieben Tage schriftlich unter Angabe der Gründe mitgeteilt werden.

In diesem Fall bewerten der die versicherte Person behandelnde Arzt und ein Gesellschaftsarzt von DKV Seguros die Situation als Gutachter.

Führt diese Begutachtung zu keiner Lösung, benennen die beiden Parteien einen dritten Arzt und die Entscheidung wird subsidiär durch einen Richter der zuständigen ersten Instanz getroffen.

Diese Vorgehensweise wird bei allen Unstimmigkeiten über ärztliche Fragen, die entstehen können, angewendet.

Die Entscheidung der drei Fachkräfte wird per Mehrheitsvotum getroffen. Die dafür entstehenden Arzthonorare werden von der jeweiligen Partei getragen. Honorare für den dritten Arzt werden unter den beiden Parteien aufgeteilt.

Innerhalb von 90 Tagen nach der Benennung des dritten Arztes muss eine Entscheidung vorgelegt werden. Während dieser Frist ist es den Parteien untersagt, die entsprechenden rechtliche Schritte zur Eintreibung der strittigen Entschädigung einzuleiten.

Garantie VI. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung

Die Vereinbarung der Leistungen bei „Vorübergehender Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung“ muss in den Besonderen Versicherungsbedingungen ausdrücklich aufgeführt sein.

DKV Seguros garantiert der versicherten Person die in den Besonderen Versicherungsbedingungen garantierte Tagegeldleistung als Einmalzahlung. Diese ergibt sich aus der Multiplikation des in den Besonderen Versicherungsbedingungen vereinbarten Tagessatzes mit der Anzahl von Tagen, die in der Tariftabelle angegeben ist, abzüglich der vertraglich abgesicherten Tage, in denen keine Leistungspflicht besteht. Dies gilt immer in Abhängigkeit der durch die versicherte Person erlittenen Erkrankung oder Verletzung, die die vollständige und vorübergehende Arbeitsunfähigkeit verursacht, entsprechend der Regelung in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Für jedes Neugeborene, mit einer Mindestschwangerschaftsdauer von sechs Monaten, deren Mutter mehr als acht Monate mit dieser Garantie versichert ist, zahlt DKV Seguros einmalig die im Abschnitt Schwangerschaft und Geburt vorgesehene Summe.

Die gleiche Leistung bei gleichen Konditionen wird versicherten Müttern im Fall der Adoption gewährt, wenn die erforderlichen Formalitäten für die Adoption innerhalb von acht Monaten nach Versicherungsbeginn eingeleitet worden sind.

Versicherungsfähiger Personenkreis für die Deckungen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung

Versicherungsfähig sind alle Personen bei Abschluss des Vertrages im Alter zwischen 16 und 64 Jahren, beide inbegriffen, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder eine bezahlte berufliche Tätigkeit ausüben und sich nicht in juristischer oder materieller Hinsicht in einer Situation von Arbeitslosigkeit o.ä. befinden.

Richtlinien für die Auslegung „Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung“.

Deckungsabgrenzung

a) Wenn sich die versicherte Person in der Situation einer absoluten vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit befindet, die entsprechende medizinische Versorgung für diesen Fall voraussetzt, besteht die Leistungspflicht.

b) Wenn die versicherte Person gleichzeitig verschiedene Gebrechen erleidet oder eine neue Erkrankung während der bereits bestehenden auftritt, beträgt die Tagegeldleistung lediglich maximal 130% der Höchstanzahl der Tage in der Leistungstabelle.

c) In keinem Fall beträgt die jährliche Leistungsdauer mehr als 365 Tage.

d) Für gleichartige Erkrankungen oder Verletzungen mit derselben Ursache und die im Leistungsverzeichnis mit weniger als 15 Tagen angegeben sind, wird während eines Zeitraumes von 365 Tagen insgesamt lediglich drei Mal geleistet.

e) Für den Fall, dass die versicherte Person aufgrund derselben Ursache oder aufgrund medizinischer Ursachen, die in direktem Zusammenhang mit der ursprünglichen Ursache stehen, eine erneute vorübergehende Arbeitsunfähigkeit erleidet, wird ausschließlich die Leistung der zweiten oder der nachfolgenden Perioden gedeckt, wenn zwischen dem Zeitpunkt der Krankmeldung einer der Perioden und der von der Vorperiode mindestens die doppelte Anzahl an Tagen verstrichen ist, die durch die Vorperiode gedeckten sind. mit einem Minimum von 90 Tagen.

f) Im Fall von Unfällen, die durch Policen abgedeckt sind, die gemeinsam Garantien für tägliche vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und nach einem Schlüssel berechnete, vorübergehende Behinderung beauftragt haben, ist die Leistung jeder einzelnen nicht kumulierbar für die Tage der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, bei denen die abgedeckten Zeiträume beider zusammenfallen. Die tägliche vorübergehende Arbeitsunfähigkeit ermöglicht Leistungen erst ab dem Tag, an dem die Periode der über einen Schlüssel berechneten vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit endet.

Erkrankungen oder Verletzungen, die nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführt sind, werden je nach ärztlicher Einschätzung gleich oder ähnlich gedeckt, sofern sie nicht zu den ausgeschlossenen Risiken dieser Versicherung gehören.

Regeln für die Abwicklung eines Versicherungsfalles Vorgehen und Lösung von Unstimmigkeiten

a) Bevor die Geldleistung erbracht wird, muss DKV Seguros das Formular zur Meldung eines Versicherungsfalles, zusammen mit der darin enthaltenen Krankmeldung, die vom behandelnden Arzt in allen Abschnitten ausgefüllt und unterschrieben ist, eingereicht werden. Daraus hervorgehen müssen:

- > Name und Nachname des Arztes
- > Identität, Adresse, Alter und Beruf oder Tätigkeit des Versicherten
- > Die derzeitige Pathologie, welche die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit verursacht hat.
- > Ursachen, Vorerkrankungen und Zeitpunkt des Beginns der Erkrankung oder des Auftretens des Unfalls.
- > Datum des Beginns der Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer.

DKV Seguros kann die Vorlage einer Kopie einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung einer offiziellen Behörde verlangen, dies ist jedoch nicht bindend für DKV Seguros.

Nach Fertigstellung des ärztlichen Attests muss das Dokument zum Nachweis bei DKV Seguros vorgelegt werden.

b) Die entsprechende Leistung gilt ab dem Tag der Krankmeldung, sofern DKV Seguros nachweislich die im vorstehenden Abschnitt genannte Bescheinigung innerhalb von sieben Tagen nach dem Eintritt des Ereignisses erhält. Falls DKV Seguros diese Bescheinigung nach Ablauf der oben genannten 7 Tage erhalten sollte, würde sich die Leistung um einen Betrag reduzieren, der sieben Tagen entspricht.

c) Vor der Auszahlung der Leistung ist der Grund für den Krankenstand zu bescheinigen und DKV Seguros kann nach eigenem Ermessen Krankenbesuche abstaten, um den Zustand und die Pathologie des Versicherten zu überprüfen, welcher sämtliche ärztlichen Berichte im Zusammenhang mit dem Grund der Krankmeldung an die ärztliche Versorgung von DKV Seguros übermitteln muss. Sollte der Versicherte die geforderten Unterlagen zurückhalten oder deren Aushändigung widersprechen, wird DKV Seguros von der Verpflichtung zur Zahlung der finanziellen Leistung befreit.

d) Sollte DKV Seguros -egal welchen Mitteln- feststellen, dass der Versicherte eine andere Pathologie erleidet, als jene, die zu dem Unfall geführt hat, kann DKV Seguros entscheiden, das Recht auf wirtschaftliche Leistung als nichtig zu erklären und wird dies dem Versicherten schriftlich mitteilen.

Erklärt sich der Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder der Begünstigte mit dieser Entscheidung nicht einverstanden, muss dies DKV Seguros spätestens innerhalb der nächsten sieben Tage schriftlich unter Angabe der Gründe mitgeteilt werden.

In diesem Fall bewerten der die versicherte Person behandelnde Arzt und ein Gesellschaftsarzt von DKV Seguros die Situation als Gutachter.

Führt diese Begutachtung zu keiner Lösung, benennen die beiden Parteien einen dritten Arzt und die Entscheidung wird subsidiär durch einen Richter der zuständigen ersten Instanz getroffen.

Diese Vorgehensweise wird bei allen Unstimmigkeiten über ärztliche Fragen, die entstehen können, angewendet.

Die Entscheidung der drei Fachkräfte wird per Mehrheitsvotum getroffen. Die dafür entstehenden Arzthonorare werden von der jeweiligen Partei getragen. Honorare für den dritten Arzt werden unter den beiden Parteien aufgeteilt.

Innerhalb von 90 Tagen nach der Benennung des dritten Arztes muss eine Entscheidung vorgelegt werden. Während dieser Frist ist es den Parteien untersagt, die entsprechenden rechtliche Schritte zur Eintreibung der strittigen Entschädigung einzuleiten.

Pauschalleistung vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

Hauptgruppe	Tage
HerzKreislauf	
Schlaganfall (Thrombose, Embolie, Herzinfarkt usw.) (ACV)	60
Transiente ischämische Attacke	20
Aortenaneurysma, Chirurgische Behandlung	40
Koronares Aneurysma, Koronare Arteriosklerose	30
Angina pectoris, Herzenge, Angina-Syndrom	20
Herzrhythmusstörungen, Blockaden, paroxysmale Tachykardie	20
Embolien oder arterielle Thrombosen	60
Lungenembolie, akutes Lungenherz	50
Chronisches Cor pulmonale	30
Hypertensive Nierenkrankheit	30
Rheumatische Herzkrankheit (Klappenerkrankungen, Endokarditis)	50
Blutkrankheiten (Hämophilie, Anämien, CID, Purpurausschlag) oder Milzkrankheiten (Zyste, Fibrose)	14
Rheumatisches Fieber, Rheumatische Arthritis	20
Phlebitis und Thrombophlebitis	20
Hemiplegie, Querschnittslähmung oder Tetraplegie durch Schlaganfall	60
Nicht traumatische extradurale oder subdurale Blutung	10
Intrazerebrale Blutung (nicht traumatisch)	60
Hämorrhoiden, Ohne chirurgische Behandlung	3
Hämorrhoiden, Chirurgische Behandlung	15
Bluthochdruck	5
Akuter Myokardinfarkt. Akute Koronarinsuffizienz	100
Kongestive Herzinsuffizienz, akutes Lungenödem, Herzasthma	40
Lymphangitis, Lymphödem	10
Kardiomyopathie, Endokarditis; Herzklappenfehler nicht rheumatisch	50
Akute Perikarditis, Perikarderguss	30
Isoliertes kardiovaskuläres Symptom (Herzklopfen, Tachykardie, pathologisches Herzgeräusch)	3
Pfortaderthrombose	30
Krampfadern oder Krampfadern der Beine. Chirurgische Behandlung	15
Varikozele, Ösophagusvarizen. Chirurgische Behandlung	20
Dermatologie	
Lymphatische Abszess, nicht spezifizierte Adenopathie, Adenitis	15
Abszesse der Finger, Nagelgeschwür, Nagelbettentzündung	20
Soor	3
Zellulitis oder Abszess in der Haut (nicht an den Fingern)	20
Krankheiten der Nägel	7
Furunkel	3
Kutane Mykosen, Grindflecht	7
Subkutane Knoten, lokal begrenztes Ödem	3

Athletenfuß, Onychomykose	7
Psoriasis und verwandten Erkrankungen	20
Hornhautentzündung und Hyperkeratitis, hypertrophe Narben, Sklerodermie	15
Talgzyste, Akne	7
Zyste, Fistel oder Sinus pilonidalis oder coccygeal	20
Urtikaria	7
Viruswarzen. Chirurgische Behandlung	3
Magen-Darm	
Abszess im Anal- oder Rektalbereich	20
Leberabszess, keine Amöbenruhr. Leberkoma	30
Achalasie, Ösophagitis, Oesophagus-Ulcus	20
Akute Appendizitis. Chirurgische Behandlung	15
Zirrhose, chronische Hepatitis	30
Cholangitis	7
Cholangitis	20
Bauchkolik	3
Hepatobiliäre Kolik. Gallensteine (Cholelithiasis) Cholelithiasis	10
Idiopathische Kolitis. Toxisches Megakolon	15
Reizdarm. Megakolon (ungiftig)	20
Darmdivertikel (nicht Meckel-Divertikel), Chirurgische Behandlung	20
Speicheldrüsenkrankheiten	20
Kiefererkrankungen	20
Regionale Enteritis (Morbus Crohn), Colitis ulcerosa	40
Pylorusstenose	25
Stomatitis, Mund-Zyste, Mund-Abszess	10
Analfissur oder -fistel. Chirurgische Behandlung	20
Akute Gastritis	4
Gastroenteritis (durch Salmonellen)	4
Nicht infektiöse Gastroenteritis, nicht infektiöse Colitis	2
Magen-Darm-Blutungen (ohne Magen-Darm-Geschwür)	10
Hepatitis B, C und D	70
Nicht spezifizierte Hepatitis	25
Virale Hepatitis A	30
Hernie, Bauch (nicht im Leistenbereich) nicht gangränös, nicht obstruktiv, Chirurgische Behandlung	30
Leistenbruch, Chirurgische Behandlung	20
Portale Hypertension. Phlebitis der Pfortader	30
Undefinierbare Darminfektionen	3
Darmverschluss oder Darminvagination, paralytischer Ileus	20
Akute Pankreatitis	30
Dentoalpanthologie, Gingivitis, Abszess, Zyste, Fehlbiss (Okklusionsanomalie)	3
Peritonitis	30
Polypen am Anus und Rektum. Endoskopische Resektion	2

Analprolaps, Polypen am Anus und Rektum. Nicht ambulante Chirurgie	20
Hydatid-Zyste, Echinokokkose, Hydatidose	20
Vereinzelt Magen-Darm-Symptom (Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen)	3
Peitschwürmerbefall, Zystizerkose	20
Trichinellose	20
Magengeschwür, Zwölffingerdarm, Leerdarm	25
Schwangerschaft und Geburt	
Todgeburt (nach über 7 Monaten Schwangerschaft)	20
Normale Geburt	20
Geburt durch Kaiserschnitt, Geburtszange oder Saugglocke	20
Komplizierte Geburt (Nabelschnurr, Tentoriumriss, Infektion)	20
Endokrinologie	
Struma (Kropf), Schilddrüsenknoten, Schilddrüsenunterfunktion, Schilddrüsenüberfunktion, Morbus Graves - Basedow	30
Hypoglykämisches oder Insulinkoma	21
Komplizierte Diabetes Mellitus (Koma, Zuckerstar, Nephropathie, diabetische Retinopathie, Neuropathie)	21
Eierstock-Dysfunktion	3
Durch Ernährung verursachte Krankheiten	10
Erkrankung der Thymusdrüse (Hyperplasie, Hypertrophie, Abszess)	21
Gicht (Arthropathie, Nephropathie, Tophus)	7
Andere Erkrankungen der Schilddrüse (Zyste, Blutung, Thyreocalcitonin)	21
Polyzystisches Ovar-Syndrom, Chirurgische Behandlung	15
Thyreidektomie	30
Thyreoiditis	21
Störung der Nebennieren (Conn, Cushing, Addison)	21
Erkrankungen der Hypophyse, Akromegalie, Zwergwuchs, Wasserharnruhr (Diabetes insipidus), Panhypopituitarismus (Simmonds Syndrom)	21
Erkrankungen der Nebenschilddrüsen, Unterfunktion der Nebenschilddrüsen, Überfunktion der Nebenschilddrüsen	14
Gynäkologie	
Adnexitis, Salpingitis, Oophoritis, Parametritis (nicht während der Schwangerschaft)	15
Zervizitis, Vaginitis, Vulvovaginitis, Bartholinitis	10
Gestörte bzw. schmerzhafte Monatsblutung, PMS	3
Gutartige Dysplasie der Brust, einzelne (solitäre) Zyste in der Brust	7
Dysplasie, Leukoplasmie oder Polypen im Gebärmutterhals	10
Dysplasie, Leukoplasmie oder Polypen in der Vagina	7
Endometriose	5
Beckenentzündungen, Endometritis (nicht schwangerschaftsbedingt)	15
Mastitis oder diffuse entzündliche Mastopathie (nicht schwangerschaftsbedingt)	7
Metrorrhagien	10
Polypen der Gebärmutter, nicht spezifiziert	20

Scheidensenkung (nicht durch Schwangerschaft)	15
Ovarialzyste. Laparoskopische oder chirurgische Behandlung	3
Infektiös	
Amöbiasis, Amöbenruhr	7
Botulismus	40
Brucellose, Malta-Fieber	40
Condylomata acuminata	7
Diphtherie	20
Tropische Infektionskrankheiten	40
Erysipel	7
Erythema Infectiosum (5. Krankheit). Roseola infantum (6. Krankheit)	20
Scharlach, Angina, Mandelentzündung, Kehlkopfentzündung und Tracheitis durch Streptokokken	7
Q-Fieber, Rickettsiosen	21
Wiederholt auftretendes Fieber (keine Symptome)	7
Typhus oder Paratyphus	40
Gasgangrän, Lipodystrophie im Darm	50
Herpes simplex, genital, Herpesekzem	7
Herpes Zoster oder mit neurologischer Erkrankung	7
Meningokokkeninfektion (Karditis, Meningitis)	20
Pfeiffersches Drüsenfieber (infektiöse Mononukleose)	14
Parotitis, Mumps	4
Röteln	20
Masern	20
Septikämie mit Krankenhauseinweisung	40
Tetanus	90
Keuchhusten	14
Erworbene Toxoplasmose	20
Miliare Tuberkulose, disseminiert oder generalisiert	100
Windpocken	7
Neurologie	
Intrakranieller, intraspinaler, subduraler, extraduraler Abszess	90
Muskeldystrophie und andere Myopathien	20
Virale Enzephalitis	30
Enzephalitis, Myelitis, Poliomyelitis	90
Demyelinisierende Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Multiple Sklerose, Syringomyelie	30
Epilepsie (alle Formen)	30
Intrakranielle Phlebitis und Thrombophlebitis	14
Infektion des des sympathischen Nervensystems durch langsam wirkenden Virus	30
Migräne/Hemikranie	3
Verletzung des Mediannervs, Cubitalnervs oder Radialnervs. Karpal-Tunnel-Syndrom	30
Bakterielle Meningitis, bakterielle Meningoenzephalitis	50
virale und mikotische Meningitis ...	30
Nicht spezifische virale Meningitis	30

Polyneuropathie, Myasthenie (schwere Muskelschwäche), Guillain-Barré-Syndrom	30
Trigeminusneuralgie	20
Gesichtslähmung	20
Parkinson, Huntington'sche Chorea, Ataxie	90
Vereinzelte muskuläre oder neurologische Symptome (Krämpfe, Zittern, Ataxie, vorübergehende Lähmungen)	5
Nervenwurzelentzündungen und Entzündungen im Nervengeflecht	20
CNS Tuberkulose und Meningen	100
Augenheilkunde	
Veränderungen der Choroides, Chorioretinitis	20
Katarakt-Operation	10
Chirurgie bei Myopie, Hypermetropie und Presbyopie	3
Konjunktivitis	3
Netzhautablösung	60
(Nicht kongenitales) Glaukom	40
Iritis, Zyklitis, Iridozyklitis, Uveitis	30
Erkrankungen der Augenlider; Augenlidentzündung, Chalazion (Hagelkorn), Hordeolum (Gerstenkorn)	2
Pathologie des Tränenapparats: Tränendrüsenentzündung (Dakryoadenitis), Epiphora, Dakryozystitis	2
Totaler Verlust der Sehkraft eines Auges	60
Pterygium	3
Hornhautentzündung (Keratitis), Keratokonjunktivitis, Hornhautgeschwür (Ulcus corneae) ...	4
Retinopathie (diabetische, proliferative)	21
Onkologie	
Krebs, verbreitete Karzinomatose oder Bauchfellkarzinomatose	120
Karzinom in situ des Urogenitaltraktes	15
Karzinom in situ des Atmungssystems	60
Karzinom in situ der Brust (ohne Haut)	150
Carcinoma in situ der Haut	30
Carcinoma in situ der Verdauungsorgane	150
Karzinom in situ an anderen Körperstellen	15
Meckel-Divertikel	150
Morbus Hodgkin, Hodgkin-Lymphom	150
Phäochromozytom	60
Hämangiom, Lymphangiom, Angiom, Glomus, überall	7
Leiomyom, Fibrom oder Myom, Fibromyom des Uterus	30
Leukämie	150
Lymphom (nicht Hodgkin)	150
Lymphosarkom und Retikulosarkom	90
Lipom, Angiolipom, Fibrolipom, Myxolipom	7
Hautmelanom, Melanokarzinom	80

Multipl. Myelom und immunoproliferative Neoplasie	120
Knochensarkom, Chondrosarkom, Ewing-Sarkom	90
Polycythaemia vera, myeloproliferative Syndrome	21
Polyp der Stimmbänder	15
Kaposi-Sarkom	120
Sarkomatosis, Fibrosarkom und Sarkom, nicht spezifiziert	60
Zollinger-Ellison-Syndrom	30
Gutartiger Tumor des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems	120
Gutartiger Tumor in Speiseröhre, Magen oder Darm	15
Gutartiger Tumor in Leber, Pankreas oder Milz	15
Gutartiger Tumor der Knochen oder Gelenknorpel	15
Gutartiger Tumor in der Haut, blauer Naevus, pigmentierter Naevus	7
Gutartiger Tumor der Lippen, Mund oder Rachen. Chirurgische Behandlung	15
Gutartiger Tumor der Brust (keine Zyste oder in Haut)	15
Gutartiger Tumor der männlichen Genitalorgane	15
Gutartiger Tumor der Atemwege oder des Brustraums	15
Gutartiger Tumor anderer endokriner Drüsen (Nebenniere, Nebenschilddrüse, Hypophyse)	30
Gutartiger Tumor an anderen Körperstellen, nicht spezifizierten Körperstellen oder Lymphknoten	30
Gutartiger Tumor des Ovars	15
Gutartiger Tumor der Niere und sonstiger Harnorgane	15
Gutartiger Tumor der Schilddrüse. Autonomes Adenom	30
Bösartiger Gehirntumor	150
Bösartiger Tumor im Verdauungsapparat/Peritoneum, nicht spezifizierte Stelle	150
Bösartiger Magentumor	150
Maligner Tumor in Nasenhöhlen, Mittelohr und Sinus	150
Maligner Tumor in Leber, Hepatoblastom, Leberzellenkarzinom	150
Bösartiger Tumor des Dünndarm oder Dickdarms	150
Bösartiger Brusttumor bei Frauen	120
Bösartiger Tumor der Harnblase	120
Bösartiger Tumor der Lippe, Mundhöhle, Rachen und Speiseröhre	100
Bösartiger Tumor des Kehlkopfes oder der Stimmbänder	180
Bösartiger Tumor der weiblichen Geschlechtsorgane	120
Bösartiger Tumor an anderen Körperstellen oder nicht spezifiziert	60
Maligner Tumor in Pankreas, Gastrinom	180
Bösartiger Tumor der Prostata	120
Bösartiger Tumor des Rektus, rektosigmoidalen Übergangs oder Anus	150
Bösartiger Tumor der Niere	120
Bösartiger Tumor der Hoden	120
Bösartiger Tumor der Schilddrüse	60
Maligner Tumor von Bronchen, Trachea, Lunge oder Rippenfell	120
Maligner Tumor der Gallenwege und extrahepatischen Gallengänge	150

Muskel-Skelett	
Arthritis und Arthropathie (ansteckend)	20
Traumatische Arthropathie	20
Rheumatoide Arthritis (außer Wirbelsäule), entzündliche Polyarthritis	30
Bursitis, Synovialzyste, Überbein	30
Nicht-traumatische Nackenschmerzen, ohne objektive klinische Untersuchungen	10
Nicht-traumatische Nackenschmerzen, mit objektiven klinischen Untersuchungen	20
Knieoperation (Meniskus, Bänder, Kreuzbandriss, Chondropathia Patellae)	30
Gelenkoperation, außer Kniegelenk: Wiederkehrende Luxation, Gelenksteifheit	30
Chirurgie der erworbenen Missbildungen (Schnappdaumen, Hammerfinger, Hallux valgus). Chirurgie	30
Paget-Krankheit; Osteitis deformans	30
Epicondylitis	30
Sporn an Fersenbein oder Knochen	30
Spondylitis ankylosans, rheumatoide Arthritis der Wirbel	60
Spondylose, Arthrose der Wirbel, Gelenksteifheit, Hyperostose der Wirbel	60
Fersenschmerz (Plantar Fasziitis), Morbus Dupuytren	10
Bandscheibenvorfall Behandlung mit Arthrodese	100
Bandscheibenvorfall Behandlung mit Laminektomie	60
Bandscheibenvorfall Behandlung mit Chemonukleose oder perkutaner Nukleotomie	40
Bandscheibenvorfall Ärztliche Behandlung	10
Bandscheibenvorfall Orthopädische Behandlung	20
Hydroarthrose oder Gelenkerguss	30
Lumbago (Hexenschuss) oder Ischialgie nicht traumatischen Ursprungs, ohne objektive klinische Tests	10
Lumbago (Hexenschuss) oder Ischialgie nicht traumatischen Ursprungs, mit objektiven klinischen Tests	20
Disseminierter Lupus erythematodes, idiopathische Polymyositis	20
Myositis, Pannikulitis	20
Bilaterale Arthrose (nicht vertebral)	30
Osteochondropathie, Osteochondrosis, Osteochondritis	60
Osteomyelitis, Periostitis	60
Osteoporose, Knochenzyste	40
Scapulohumeral Periarthritis	30
Polymyalgia rheumatica	60
Periphere Sehnenentzündung	10
HNO-Heilkunde	
Mittel- und Innenohr-Chirurgie	30
Mastoiditis und verwandte Krankheiten	20
Akute oder chronische Otitis	4
Trommelfellperforation, Tympanitis	14
Schwindel (nur Symptom), nicht spezifiziert (nicht Meniere)	4
Morbus Menière, Schwindelsyndrom Ohrvorhof	21

Psychiatrie	
Anorexie oder Stress, wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird	10
Demenz, Psychose oder Schizophrenie, wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird	10
Depression oder psychosomatische Krankheit, wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird	10
Neurose, Stress oder Angstzustände, wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird	10
Atemwege	
Peritonsillarabszess	20
Mediastinum oder pulmonaler Abszess	30
Heiserkeit ohne bestimmten Ursache	5
Alveolitis und exogen allergische Pneumonitis	30
Mandelentzündung	2
Asthma. Asthmaanfall	5
Bronchopneumonie	15
Bronchitis, Bronchiolitis oder akute Tracheobronchitis	7
Komplikationen der chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	40
Erkrankungen der Stimmbänder, nicht-adenomatöse Polypen	10
Emphysem	40
Pharyngitis, Angina, Chirurgie der adenoiden Vegetation	2
Grippe und Komplikationen	3
Turbinate Hypertrophie	2
Chronische Laryngitis	15
Akute Kehlkopf- oder Luftröhrenentzündung (Laryngitis bzw. Tracheitis)	3
Akute Laringofaringitis	3
Lungenentzündung	20
Nicht-traumatischer Pneumothorax	20
Chirurgischer und nicht-traumatischer Pneumothorax	40
Pathologie des Zwerchfells, Mediastinum, Tracheostomie ...	20
Pleuritis (Brustfellentzündung), Brustfellerguss (Pleuraerguss)	20
Nasale Polypen (Chirurgie)	7
Erkältung, Nasenkatarrh, Rhinopharyngitis;	2
Allergische Rhinokonjunktivitis	7
Chronische Rhinopharyngitis, Ozaena (Stinknase)	2
Sarkoidose	40
Vereinzelte respiratorische Symptome (Dyspnoe, Husten, Bluthusten ...)	3
Sinusitis	5
Atemwegs- oder pulmonale Tuberkulose	60
Urologie	
Balanitis, Priapismus	10
Berechnung der Prostata	10
Lithiasis (Steine) in Nieren oder Harnröhre, Nierenkolik durch Lithiasis	10
Berechnung oder Blasensteine oder Harnröhrenkonkrement	10
Weiche Schanker; Reaktive Arthritis Reaktive Arthritis Lymphogranuloma venereum	20

Nierenkoliken ohne Anzeichen von Konkrement	3
Divertikel der Harnblase	10
Harnröhrenstriktur	10
Phimose	5
Hydrozele	20
Hyperplasie und Prostataadenom. Behandlung durch transurethrale Resektion (TUR)	30
Gonokokkeninfektion, Gonorrhöe	4
Infektion der Harnwege. Zystitis. Urethritis	3
Niereninsuffizienz, Urämie, Nephritis, Nephrose, Nephropathie	40
Harnsteinzertrümmerung durch Lithotripsie	3
Nephrektomie	60
Orchiektomie	30
Orchitis, Epididymitis	20
Nierenbeckenentzündung, Nierenabszess, Niereninfektion	10
Prostatitis	15
Nierenzyste, Stenose in Harnröhre	15
Hodentorsion, Abszess am Skrotum ...	15
Verstauchungen und Verrenkungen	
Verstauchung oder Luxation des Kiefers oder der Kinnlade	15
Zervikale Verstauchung, Luxation, Kontraktur, Nackenschmerzen. Ärztliche Behandlung	10
Zervikale Verstauchung, Luxation, Kontraktur, Nackenschmerzen. Orthopädische Behandlung	20
Verstauchung von Plexus lumbosacralis, Iliosakralgelenk oder Sakral-Hüftgelenk	10
Lumbago oder Dorsalgie traumatischen Ursprungs	10
Verstauchung oder Dislokation der Hüfte (ohne Bruch)	25
Verstauchung der Rippen	10
Luxation des Sternoklavikulargelenks. Behandlung Orthopäde	20
Luxation des Sternoklavikulargelenks. Chirurgische Behandlung	30
Verstauchung oder Dislokation der Schulter. Chirurgische Behandlung	50
Verstauchung oder Dislokation des Ellenbogens	30
Verstauchung oder Dislokation der Finger, Phalanx der Hand	20
Verstauchung oder Dislokation des Handgelenks, Handwurzel	20
Verstauchung oder Dislokation der Schulter. Ärztliche Behandlung	15
Verstauchung oder Dislokation der Schulter. Orthopädische Behandlung	30
Dislokation des Knies oder der Kniescheibe	30
Knieverstauchung (Innenband oder Kniescheibe), Ärztliche Behandlung	7
Knieverstauchung (Innenband oder Kniescheibe), Orthopädische Behandlung	15
Knieverstauchung (Innenband oder Kniescheibe), Chirurgische Behandlung	30
Traumatische Verletzungen mit einem Meniskusriss, Orthopädische Behandlung	20
Traumatische Verletzungen mit einem Meniskusriss, Chirurgische Behandlung oder Arthroskopie	30
Kreuzbandriss am Knie oder Kniescheibe, Chirurgische Behandlung	90
Triad, Trauma multipler Kniestrukturen	120
Knie-Prothese	80
Dislokation des Sprunggelenks	30
Knöchelverstauchung. Ärztliche Behandlung	10

Knöchelverstauchung, Orthopädische Behandlung	20
Knöchelverstauchung, Chirurgische Behandlung	40
Totaler Bänderriss am Knöchel	45
Totale Ruptur der Achillessehne	50
Luxations des Fußes (Tarsus, Mittelfuß, Phalanx, Zehen ...)	20
Verstauchung des Fußes oder der Zehen, Orthopädische Behandlung	4
Verstauchung des Fußes oder der Zehen, Chirurgische Behandlung	15
Muskelbruch oder Muskelfaserriss (mit Bestätigung durch Ultraschalluntersuchung)	5
Muskelbruch oder Muskelfaserriss (ohne Bestätigung durch Ultraschalluntersuchung)	2
Frakturen	
Entfernung von Osteosynthese-Material	2
Bruch der Nase, Kiefer oder Unterkiefer. Behandlung Arzt	20
Bruch der Nase, Kiefer oder Unterkiefer. Chirurgische Behandlung	60
Fraktur des Schädels ohne neurologische Auswirkung	60
Fraktur des Schädels mit neurologischer Auswirkung	210
Bruch der Wirbelsäule ohne Verletzung des Rückenmarks, Orthopädische Behandlung	60
Bruch der Wirbelsäule ohne Verletzung des Rückenmarks, Chirurgische Behandlung	120
Bruch der Wirbelsäule ohne Verletzung des Rückenmarks (Paraplegie, Tetraplegie, Lähmung)	180
Fraktur der Rippen oder des Brustbeins ohne Einfluss auf die Organe	20
Fraktur der Rippen oder des Brustbeins mit Auswirkung auf die Organe	40
Fraktur des Beckens, Orthopädische Behandlung	80
Fraktur des Beckens, Chirurgische Behandlung	120
Bruch von Schlüsselbein- oder Schulterblattbruch, Orthopädische Behandlung	40
Bruch von Schlüsselbein- oder Schulterblattbruch, Chirurgische Behandlung	60
Oberarmknochenbruch. Orthopädische Behandlung	80
Oberarmknochenbruch. Chirurgische Behandlung	100
Fraktur des Radius und/oder Ulna. Colles-Fraktur	50
Kahnbeinfraktur	100
Handwurzel- oder Handgelenkbruch. Orthopädische Behandlung	40
Handwurzel- oder Handgelenkbruch. Chirurgische Behandlung	80
Fraktur der Mittelhand oder Hand. Bennett-Fraktur	30
Bruch der Phalangen oder Finger	30
Bruch des Halses des Oberschenkels, Gelenkpfanne, Rollhügel	120
Fraktur-Luxation der Hüfte	240
Hüftprothese	120
Bruch der Diaphyse des Oberschenkels. Orthopädische Behandlung	100
Bruch der Diaphyse des Oberschenkels. Chirurgische Behandlung	120
Kniescheibenbruch. Orthopädische Behandlung	50
Kniescheibenbruch. Chirurgische Behandlung	60
Fraktur Schienbein und/oder Wadenbein. Orthopädische Behandlung	70
Fraktur Schienbein und/oder Wadenbein. Chirurgische Behandlung	90
Knöchelbruch	60
Bimalleolar Bruch	80
Trimalleolar Bruch	100

Fersenbeinbruch. Orthopädische Behandlung	80
Fersenbeinbruch. Chirurgische Behandlung	100
Fußwurzelknochenbruch oder Mittelfußbruch. Orthopädische Behandlung	50
Fußwurzelknochenbruch oder Mittelfußbruch. Chirurgische Behandlung	70
Bruch der Finger oder Phalangen. Orthopädische Behandlung	20
Bruch der Finger oder Phalangen. Chirurgische Behandlung	30
Wunden und Verletzungen	
Gehirnerschütterung oder Kontusion durch Schädel-Hirn-Trauma (SHT). Mit Krankenhauseinlieferung	10
Subdurales Hämatom durch Verletzung ohne Bruch	30
Zerebrale Blutung durch Schädel-Hirn-Verletzungen ohne Bruch	50
Pneumothorax oder Hämatothorax durch Verletzung	50
Prellung ohne Wunde des Gesichts oder der Kopfhaut	3
Prellung ohne Wunde des Auges und der Augenanhangsgebilde	3
Prellung ohne Wunde am Rumpf	3
Prellung ohne Wunde der oberen Extremitäten	3
Prellung ohne Wunde der unteren Extremitäten	3
Vielfache Quetschungen, Prellungen oder Erosionen, ohne Bruch oder Wunde	5
Wunde mit oberflächlicher Verletzungen der Hand	5
Wunde mit oberflächlicher Verletzungen der Finger	5
Oberflächliche Verletzungen der Hüfte oder des Beins	5
Wunde mit oberflächliche Verletzungen von Fuß oder Zehen	5
Wunde mit oberflächlicher Verletzungen des Auges und der Augenanhangsgebilde	5
Verletzungen an Finger, Hand, Handgelenk, Fuß, Knie, Ellbogen oder Kopf, die genäht werden müssen	7
Traumatische Verletzungen der Nerven	30
Tiefgehende Wunde an Hals, Oberkörper, Extremität oder einem inneren Organ	20
Tiefe Wunde am Augapfel	40
Sehnenabtrennung an der Hand oder Fingern	40
Teilweise traumatische Amputation des Daumens	30
Totale traumatische Amputation des Daumens	60
Teilweise traumatische Amputation des 2. 3., 4., 5. Fingers	20
Totale traumatische Amputation des 2., 3., 4., 5. Fingers	40
Traumatische Amputation des Arms oder der Hand	120
Traumatische Amputation der Zehe	30
Traumatische Amputation des Fußes (nicht Zehen)	90
Traumatische Amputation des Beines	240
Verbrennungen am Gesicht, Kopf oder Hals	20
Leichte Verbrennung: 1. (<15%), 2. (<5%), 3. (<1%)	10
Leichte Verbrennung: 1. (15-30%), 2. (5-20%), 3. (1-10%)	30
Schwere Verbrennung: 1. (31-60%), 2. (21-40%), 3. (10-25%)	90
Sehr schwere Verbrennung: 1. (>60%), 2. (40-90%), 3. (25-80%)	180
Schweres mehrfaches Trauma mit Krankenhausaufenthalt über 30 Tagen	120

3.2.3 Stationärer Aufenthalt

Falls eine Abdeckung für stationären Aufenthalt abgeschlossen wurde, so wird diese in den Besonderen Versicherungsbedingungen der Police beschrieben.

DKV Seguros garantiert dem Versicherten die Zahlung des in den Besonderen Versicherungsbedingungen der Police festgelegten Taggeldes für einen maximalen Zeitraum von 365 Tagen, falls sich dieser in einem Zustand für einen stationären Aufenthalt aufgrund von Krankheit oder Unfall befindet und durch die Deckung dieser Versicherung geschützt ist.

Für jedes Neugeborene - vorausgesetzt es besteht eine Mindest-Schwangerschaftsdauer von sechs Monaten und sofern die Mutter mit dieser Garantie seit mehr als acht Monaten versichert ist - wird DKV Seguros zusätzlich als einzige wirtschaftliche Leistung das dreifache des täglich garantierten Betrags bei Fällen von stationärem Aufenthalt bezahlen. Hierfür ist es erforderlich, dass diese Garantie abgeschlossen wurde und die Geburt nach Ablauf der ersten acht Monaten seit Bestehen der Police erfolgt.

Die gleiche Leistung bei gleichen Konditionen wird versicherten Müttern im Fall der Adoption gewährt, wenn die erforderlichen Formalitäten für die Adoption innerhalb von acht Monaten

nach Versicherungsbeginn eingeleitet worden sind.

Versicherbarer Personenkreis

Zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses darf das Alter der Versicherungsnehmer zwischen 0 und 64 Jahren liegen.

Durchführungsbestimmungen.

Deckungsabgrenzung

- a) Anspruch auf die Leistung besteht während des Zeitraums, in dem der Versicherte stationär eingewiesen ist. Die versicherte Person hat sich in die ihrer Erkrankung angemessene ärztliche Behandlung zu begeben.
- b) Die Einweisung in ein Krankenhaus muss für mehr als 24 Stunden und durch ärztliche Verschreibung oder zu therapeutischen Zwecken erfolgen.
- c) Für den Fall, dass die versicherte Person aufgrund der gleichen Ursache oder medizinischer Ursachen, die in direktem Zusammenhang mit der ursprünglichen Ursache stehen, erneute stationäre Aufenthalte erfordert, werden die neuen Perioden des stationären Aufenthaltes in jedem Fall als Fortsetzung der anfänglichen Periode betrachtet. Für den Erhalt des Taggeldes darf die Summe aller Aufenthalte 365 Tage nicht überschreiten.

d) Die Höhe des Tagegelds ist in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt, auch wenn die Krankenhauseinweisung verschiedenen Erkrankungen zuzuschreiben ist oder diverse operative Eingriffe gleichzeitig erfolgen.

Regeln für die Bearbeitung eines Versicherungsfalls

Um das entsprechende Tagegeld zu erhalten, sind der DKV Seguros folgende Dokumente zur Verfügung zu stellen:

- > Eine Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt sowie ein ärztliches Gutachten zur Entlassung.
- > Dauert ein Krankenhausaufenthalt länger als sieben Tage, muss DKV Seguros vorab ein ärztliches Gutachten vorgelegt werden, in dem das Krankenhaus, in dem der Patient behandelt wurde, der Name des Versicherten und der Grund des Krankenhausaufenthalts angegeben werden.

3.2.4 Ausgeschlossene Risiken und zusätzliche Deckungen

3.2.4.1 Ausgeschlossene Risiken
Folgende Erkrankungen oder Verletzungen sind vom Versicherungsschutz dieses Moduls ausgeschlossen, womit die versicherte Person ihren Leistungsanspruch auf Entschädigung verliert:

a) Jede der Pathologien (Krankheiten oder Verletzungen, zuvor bereits eingetretene oder angeborene) und Gesundheitszustände wie Schmerzen oder Symptome, die bereits vor dem Inkrafttreten der Versicherung vorlagen sowie ihre Folgen.

b) Die pathologischen Prozesse, die sich ausschließlich in Form von Schmerzen, Beschwerden, Schwindel oder Taumelgefühl manifestieren, d. h. ohne sonstige medizinisch überprüfbare, objektive Anzeichen.

c) Psychische oder psychosomatische Erkrankungen wie zum Beispiel: Depressionen, Stress, Angstzustände oder Essstörungen. Demenzen, Alzheimer, Fibromyalgie, das chronische Erschöpfungssyndrom, Burnout-Syndrom, Multiple Chemikalienüberempfindlichkeit.

d) Die Schwangerschaft, der Schwangerschaftsabbruch, die Entbindung und die Zeit im Wochenbett.

e) Krankheiten oder Pathologien, die durch Schwangerschaft, Abtreibung, Entbindung oder Wochenbett entstehen oder verschlimmert werden.

f) Krankheiten oder Verletzungen, die im Zustand der Trunkenheit aufgrund von Alkohol- oder Genussmittelmissbrauch, durch

Drogensucht sowie durch die Einnahme von Betäubungsmitteln, die nicht durch einen Arzt verordnet wurden, hervorgerufen werden.

Die Folgen und Verletzungen von Unfällen, die unter Einfluss von Alkohol, Drogen oder psychotropen Substanzen stattfanden.

Im Sinne dieser Police wird Trunkenheit angenommen, wenn der Blutalkoholgrad die gesetzlich festgesetzten Höchstgrenzen übersteigt, um qualifiziert zu sein, ein Fahrzeug zu steuern oder wenn die versicherte Person aus diesem Grund verhaftet oder bestraft wurde. Es wird Drogen- oder Rauschmittelmissbrauch unterstellt, wenn diese mittels Blutuntersuchung festgestellt wurden.

g) Krankheiten oder Verletzungen infolge von Kriegsereignissen, Terrorismus, Aufständen, Revolutionen und außerordentlichen Ereignissen oder Katastrophen wie Erdbeben, Hurrikan, Überschwemmungen, Freisetzung von Radioaktivität und von offiziell erklärten Epidemien.

h) Unfälle, die durch die Teilnahme der versicherten Person an Streitigkeiten oder strafbaren Handlungen entstehen, außer dass die versicherte Person zu ihrer eigenen rechtmäßigen Verteidigung gehandelt hat.

In diesen Fällen werden 25 der Leistung einstweilig im Voraus gezahlt, ohne den Ausgang eines durch die versicherte Person angestregten gerichtlichen Verfahrens, das deren Unschuld beweist, abzuwarten.

Ebenso ausgeschlossen sind Verletzungen infolge von Suizidversuch oder Selbstverstümmelung.

i) Unfälle aufgrund:

- > Skifahren abseits der Strecken, auf Bergen oder Skibergsteigen. Snowboard abseits der Strecken und Akrobatik.
- > Radfahren und Motorradfahren im Allgemeinen und die Nutzung aller Arten von Fahrzeugen bei Trainingseinheiten, Rennen, Wettkämpfen, Wettbewerben, Stunts, Sportveranstaltungen, und auf unbefestigten oder privaten Straßen.

Eine Ausnahme von diesem Ausschluss ist die Nutzung von motorisierten Landfahrzeugen, die für landwirtschaftliche Zwecke genutzt werden, wenn der Schadensfall bei der Erledigung dieser Arbeiten eintritt, der Unfall vom Nationalen Institut für soziale Sicherheit (INSS) als Arbeitsunfall bestätigt wird und diese Berufstätigkeit in der Police vertraglich abgeschlossen ist.

- > **Bergsteigen, Klettern (ausgenommen Wandern und Trekking), Schluchtenführungen und ähnliche Aktivitäten wie Extremsport, Speläologie, Bungee-Jumping, Rafting, Wildwasseraktivitäten oder Tauchen.**
- > **Luftfahrtaktivitäten, außer als Passagier auf kommerziellen Flügen**
- > **Kampfsport, Kontaktsport und Selbstverteidigung**
- > **Events mit Wildtieren innerhalb des dafür vorgesehenen Bereiches**

j) Unfälle, die durch die professionelle Ausübung einer Sportart verursacht werden.

k) Jegliche Art von Behandlung, die nicht zu Heilungszwecken durchgeführt wird, wie z.B. Schönheits-Chirurgie, Vasektomie und Eileiterunterbindung etc., sofern diese nicht infolge einer Erkrankung oder eines Unfalls durchgeführt werden.

Der chirurgische Eingriff bei Fettleibigkeit, auch wenn er mit ärztlicher Verschreibung durchgeführt wurde. Die Techniken der künstlichen Befruchtung, Untersuchung und Behandlung von Unfruchtbarkeit und Amiozentese. Organspende und Transplantation für Dritte.

3.2.4.2 Zusätzliche Deckungen

Trotz der im vorhergehenden Artikel 3.2.4.1 festgelegten Leistungseinschränkungen werden ausnahmsweise Deckungszusagen für die folgenden Konzepte eingeführt, und es werden nicht die beschriebenen Leistungseinschränkungen geltend gemacht, gleichwohl wird die vereinbarte Karenzzeit angewendet.

Bei der Deckung „Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit“ Tagegeldleistung:

- > **Die chirurgische Korrektur der Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Alterssichtigkeit haben eine maximale Deckung von drei Tagen und die Zahn-Pathologie hat eine maximale Abdeckung von zwei Tagen haben (der Ausschluss 3.2.4.1 a) wird nicht angewendet).**
- > **Schmerzen und Beschwerden ohne medizinisch nachweisbare objektive Anzeichen haben eine maximale Deckung von zehn Tagen und Schwindel und Taumelgefühl ohne medizinisch nachweisbare, objektive Anzeichen haben eine maximale Deckung von vier Tagen (Ausschluss 3.2.4.1.b gilt nicht).**
- > **Psychische Störungen oder psychosomatische Erkrankungen wie zum Beispiel: Depression, Stress, Angst oder Essstörungen und Demenzen, Alzheimer,**

- Fibromyalgie oder chronisches Müdigkeitssyndrom, Burnout oder Burnout-Syndrom sowie Multiple chemische Hyper-Sensibilität** beinhalten eine maximale Leistung, die der Höhe von zehn Tagen entspricht, sofern eine stationäre Einweisung während des Zeitraums der Krankmeldung erfolgt (Ausschluss 3.2.4.1.c gilt nicht).
- > **Krankheiten oder Pathologien, die durch Schwangerschaft, Abtreibung, Geburt und Wochenbett entstehen oder verschlimmert unterliegen einer Deckungsgrenze von 25 Tagen während des gesamten Schwangerschaftszeitraums.** Es ist notwendig, den ersten Zeitraum abgeschlossen zu haben. Zudem gilt eine Karenzfrist von acht Monaten (es gilt nicht der Ausschluss 3.2.4.1.e).
 - > **Schmerzen, Beschwerden, Schwindel oder Taumelgefühl ohne sonstige medizinisch nachweisbare, objektive Anzeichen, die in der Berechnungsskala der über einen Schlüssel berechneten, vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit beschrieben sind (Ausschluss 3.2.4.1.b gilt nicht).**
 - > **Für Depressionen, Stress, psychosomatische Erkrankungen und jede Form von psychischer Störung wird ein Tagegeld gezahlt entsprechend der Beschreibung im Abschnitt Psychiatrie im Verzeichnis Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung (der Ausschluss 3.2.4.1.c wird nicht angewendet).**
 - > **Für Entbindung und intrauterinen Tod wird ein Tagegeld gezahlt entsprechend der Beschreibung im Verzeichnis Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung. Es gilt eine Karenzzeit von acht Monaten (gilt nicht für den Ausschluss 3.2.4.1.d).**

Bei der Deckung „Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit“ Pauschalleistung:

- > **Für die chirurgische Korrektur der Kurzsichtigkeit, der Weitsichtigkeit und der Alterssichtigkeit, für Krankheitserscheinungen, die auf zahnmedizinische Probleme zurückgehen, wird ein Tagegeld gezahlt entsprechend der Beschreibung im Verzeichnis Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung (der Ausschluss 3.2.4.1.a wird nicht angewendet).**

Bei der Garantie auf Krankenhauseinweisungen:

- > **Krankheiten oder Pathologien, die durch Schwangerschaft, Abtreibung, Entbindung oder Wochenbett entstehen oder verschlimmert werden, sind während der Schwangerschaft maximal sieben**

Tage vom Versicherungsschutz abgedeckt. Es gilt eine Karenzfrist von acht Monaten (gilt nicht für den Ausschluss 3.2.4.1.e).

3.3 Unfallversicherung

3.3.1 Gegenstand der Versicherung

Diese Versicherung garantiert, je nach abgeschlossenen Deckungen, eine Entschädigung in Form von Kapital oder der Erbringung einer Dienstleistung für die vom Versicherten erlittenen Unfälle, in Übereinstimmung mit den in den Allgemeinen, Besonderen und Sonderbedingungen der Police vereinbarten Bedingungen, abhängig von den Erklärungen, die der Versicherte selbst im Versicherungsantrag abgegeben hat.

3.3.2 Unfalltod

Mit dieser Leistungsgarantie zahlt DKV Seguros dem Begünstigten die in den Besonderen Bedingungen vereinbarte Entschädigung, wenn der Versicherte infolge eines Unfalls stirbt, und zwar innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ab dem Tag, an dem sich der Unfall ereignet hat.

Wenn keine Person ausdrücklich angegeben ist, wird derjenige als „Begünstigter“ erachtet, der in der Police oder in einer späteren schriftlichen Erklärung oder einem Testament als solcher festgelegt wurde.

Der Versicherungsnehmer kann die Benennung oder Änderung der Person ohne Zustimmung von DKV Seguros vornehmen. Wurde kein „Begünstigter“ ausdrücklich festgelegt, werden der Ehepartner des Versicherten oder wenn er ledig war, die Kinder des Versicherten zu gleichen Teilen und falls er kinderlos war, die gesetzlichen Erben, auch zu gleichen Teilen, als solche erachtet.

Zusätzlich zum Kapital bei „Unfalltod“ ist in den Besonderen Bedingungen Folgendes angegeben:

- 1.** Vorbehaltlich des Nachweises des Todesfalls und des Bestehens des Versicherungsvertrags mit nachgekommener Zahlungsverpflichtung kann der Begünstigte einen Vorschuss von bis zu 5 der Versicherungssumme, höchstens jedoch 6000 EUR, auf die Entschädigung zur Deckung unvorhergesehener Kosten, die durch den Tod des Versicherten entstehen, wie z. B. Beerdigungskosten, Testamente, Erbschaftssteuer usw., erhalten.
- 2.** Diese Leistung kann nicht für Personen unter 14 Jahren abgeschlossen werden.

Erweiterung der Garantieleistung

Tödlicher Verkehrsunfall beider Ehegatten bei demselben Verkehrsunfall:

Wenn infolge desselben Verkehrsunfalls der Versicherte und dessen Ehepartner sterben, werden die Kinder des Versicherten unter 18 Jahren mit einer Kapitalsumme entschädigt, die für den Todesfall infolge eines Unfalls garantierten Summe entspricht (festgelegt in den Besonderen Bedingungen), die zu gleichen Teilen auf alle Kinder aufgeteilt wird, wobei die Höchstgrenze der Gesamtentschädigung pro Schadensfall 300 506 Euro beträgt.

Im Rahmen dieser speziellen Deckung gilt die Person als Ehepartner, die zum Zeitpunkt des Unfalls als Ehepartner des Versicherten im Standesamt eingetragen ist.

3.3.3 Dauerhafte Invalidität durch Unfall

Für diese Garantie zahlt DKV Seguros dem Versicherten die in den Besonderen Versicherungsbedingungen vereinbarte Entschädigung, wenn dieser aufgrund eines Unfalls eine dauerhafte, überprüfte und innerhalb eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Unfalls festgestellte Behinderung erleidet.

Die Versicherung deckt die Zahlung einer Entschädigung, welche über die Berechnungsskala je Grad der Behinderung vertraglich festgelegt wird.

So wird die Höhe der Entschädigung festgelegt:

1. Die Bewertung des jeweiligen Invaliditätsgrades erfolgt auf der Grundlage der unten stehenden Prozentsatztablelle.
2. Die Entschädigungsleistungen aus der nachstehenden Aufstellung werden in Prozent des festgelegten Deckungskapitals für „Dauerhafte totale Invalidität durch Unfall“ in den Besonderen Bedingungen angegeben:

Als vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit wird erachtet:

Der vollständige Verlust bzw. der endgültige Funktionsverlust beider Arme oder Hände, Beine oder Füße oder eines Armes und eines Fußes oder eines Armes und eines Beins oder einer Hand und eines Fußes	100 %
Die absolute und unheilbare geistige Umnachtung	100 %
Absolute Blindheit oder vollständige Lähmung	100 %
Der vollständige Bewegungsverlust der ganzen Wirbelsäule, mit oder ohne neurologische(n) Symptome(n)	100 %

Als partielle dauerhafte Erwerbsunfähigkeit wird erachtet:

Der vollständige Verlust des rechten Armes oder der rechten Hand	60 %
Der vollständige Verlust des linken Armes oder der linken Hand	50 %
Der vollständige Bewegungsverlust der rechten Schulter	25 %
Der vollständige Bewegungsverlust der linken Schulter	20 %
Der vollständige Bewegungsverlust des rechten Ellbogens	20 %
Der vollständige Bewegungsverlust des linken Ellbogens	15 %
Der vollständige Bewegungsverlust des rechten Handgelenks	20 %
Der vollständige Bewegungsverlust des linken Handgelenks	15 %
Der vollständige Verlust des rechten Daumen und Zeigefingers	30 %
Der vollständige Verlust des linken Daumens und Zeigefingers	30 %
Der vollständige Verlust von drei Fingern, einschließlich Daumen und Zeigefinger der rechten Hand	35 %
Der vollständige Verlust von drei Fingern, einschließlich Daumen und Zeigefinger der linken Hand	30 %
Der vollständige Verlust von drei Fingern, außer dem rechten Daumen oder Zeigefinger	25 %
Der vollständige Verlust von drei Fingern, außer dem linken Daumen oder Zeigefinger	20 %
Der vollständige Verlust des rechten Daumens und eines anderen Fingers als dem Zeigefinger der rechten Hand	30 %
Der vollständige Verlust des linken Daumens und eines anderen Fingers als dem Zeigefinger der linken Hand	25 %
Der vollständige Verlust des rechten Zeigefingers und eines anderen Fingers als dem Daumen der rechten Hand	20 %
Der vollständige Verlust des linken Zeigefingers und eines anderen Fingers als dem Daumen der linken Hand	17 %
Der vollständige Verlust nur des rechten Daumens	22 %
Der vollständige Verlust nur des linken Daumens	18 %
Der vollständige Verlust nur des rechten Zeigefingers	15 %
Der vollständige Verlust nur des linken Zeigefingers	12 %
Der vollständige Verlust des rechten Mittelfingers, des Ringfingers oder des kleinen Fingers	10 %
Der vollständige Verlust des linken Mittelfingers, des Ringfingers oder des kleinen Fingers	8 %
Der vollständige Verlust der beiden letzten Finger der rechten Hand	15 %

Der vollständige Verlust der beiden letzten Finger der linken Hand	12 %
Der teilweise Verlust eines Beines oder Amputation oberhalb des Knies	50 %
Der vollständige Verlust eines Beines unterhalb des Knies oder Amputation eines Fußes	40 %
Teilamputation eines Fußes, einschließlich aller Zehen	40 %
Der Bewegungsverlust des Subtalgelenks	10 %
Vollständiger Bewegungsverlust des Fußgelenks	20 %
Vollständiger Verlust eines Großzehs	10 %
Nicht gefestigte Fraktur eines Beines oder Fußes	25 %
Nicht gefestigte Patellafraktur	20 %
Vollständiger Bewegungsverlust der Hüfte oder eines Knies	20 %
Eine mindestens fünf Zentimeter lange Verkürzung einer unteren Extremität (der vollständige Verlust eines Mittelfußes entspricht dem Verlust der dritten Phalanx des entsprechenden Zehs)	15 %
Der vollständige Verlust eines Zehs	5 %
Vollständiger Bewegungsverlust der Halswirbelsäule mit oder ohne neurologische(n) Symptome(n)	33 %
Vollständiger Bewegungsverlust der Brustwirbelsäule, mit oder ohne neurologische(n) Symptome(n)	33 %
Vollständiger Bewegungsverlust der Lendenwirbelsäule mit oder ohne neurologische(n) Symptome(n)	33 %
Der vollständige Verlust eines Auges oder Verringerung um die Hälfte des binokularen Sehens	30 %
Wenn die Sehkraft des anderen Auges bereits vor dem Unfall verloren war	50 %
Vollständige Taubheit auf beiden Ohren	40 %
Vollständige Taubheit auf einem Ohr	10 %
Wenn die Taubheit des anderen Ohrs bereits vor dem Unfall bestand	20 %
Der vollständige Verlust eines Ohres	7,5 %
Der vollständige Verlust beider Ohren	15 %
Verformung oder Abweichung der Nasenseidewand, wenn dadurch eine normale Atmung verhindert wird	5 %
Der vollständige Verlust der Nase	15 %
Der vollständige Verlust des Unterkiefers oder vollständige Kieferentfernung	25 %
Der Verlust von Knochensubstanz an der Schädelwand, der nicht durch entsprechendes Material ersetzt wurde, entspricht einem Prozentsatz von 1 pro Quadratzentimeter, jedoch mit dem entsprechenden maximalen Prozentsatz von	15 %

3.3.3.1 Andere Regeln zur Bestimmung der Invalidität:

1. In nicht vorgesehenen Fällen, beispielsweise im Fall des teilweisen Verlusts von Gliedmaßen, wird der Behinderungsgrad entsprechend seiner

Schwere im Vergleich zur angegebenen Behinderung eingestuft.

2. Wenn der Versicherte gleichzeitig mehrere der genannten Gliedmaßen verliert, wird der Grad der Behinderung durch die Summe der einzelnen

Schätzungen festgelegt. In keinem Fall dürfen jedoch 100 des in den Besonderen Bedingungen für die Deckung einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit festgelegten Betrags überschritten werden.

3. Wird durch einen Unfall ein Organ oder ein Körperteil verletzt, das bereits einen körperlichen oder funktionellen Schaden besaß, wird der Behinderungsgrad durch die Differenz zwischen der vor und nach dem Unfall bestehenden Schädigung ermittelt.
4. Wenn der Versicherte Linkshänder ist, gelten die Prozentsätze für die oberen rechten Extremitäten für die oberen linken Extremitäten und umgekehrt.
5. Der vollständige und dauerhafte Funktionsverlust einer Extremität wird mit ihrem Verlust gleichgestellt.
6. Wenn der Versicherte nach einer Entschädigungszahlung für dauerhafte Erwerbsunfähigkeit infolge des Unfalls verstirbt, wird von DKV Seguros nach Ablauf eines Jahres die Differenz zwischen der bezahlten Entschädigung und der für den Todesfall garantierten Leistung bezahlt, falls diese höher sein sollte.

Sonstige Rückerstattungen vonseiten des Begünstigten sind nicht vorgesehen.

3.3.4 Medizinische Betreuung bei Unfall

Diese Deckung bezieht sich auf die Kosten für die Versorgung des Versicherten in einer medizinischen Einrichtung für Verletzungen, die er infolge eines durch die Versicherung gedeckten Unfalls erlitten hat.

Wenn die Versicherungsleistung "Medizinische Versorgung bei Unfall" abgeschlossen wird, muss diese in den Besonderen Versicherungsbestimmungen der Police aufgeführt werden.

Sofern ein von dieser Police gedeckter Unfall sie verursacht, deckt diese Garantie:

- > Die Kosten medizinischer Behandlung, Apothekenkosten, Krankenhauseinweisung und physische Rehabilitation; bis zu einer Höchstgrenze, die den in den besonderen Bedingungen festgelegten Versicherungssummen entspricht.
- > Den gesundheitlichen Nottransport und von DKV Seguros autorisierte Transporte; bis zu einem Höchstbetrag von 1000 Euro pro Schadensfall.
- > Der Satz von Orthesen und Prothesen, einschließlich der Mundgesundheit; bis zu einem Höchstbetrag von 1000 Euro pro Schadensfall.

DKV Seguros übernimmt diese Kosten für max. ein Jahr nach Eintritt des Unfalls.

Wenn der Versicherte entscheidet, die Behandlung durch Eigenmittel von DKV Seguros fortzuführen, übernimmt das Unternehmen die entstehenden Kosten direkt. Wird die Behandlung durch Fremdmittel fortgeführt, erstattet DKV Seguros dem Versicherten die entstandenen Kosten unter Einhaltung der in den besonderen Bedingungen festgelegten Versicherungssummen.

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

Die medizinische Versorgung wird nur innerhalb des spanischen Nationalgebietes garantiert.

3.3.5 Umfang der Unfaldeckungen

Die Unfaldeckung umfasst Unfälle, die sich sowohl bei der Ausübung der vom Versicherten im Versicherungsantrag angegebenen beruflichen Tätigkeit als auch im Privatleben ereignen.

3.3.5.1 Territorialer Geltungsbereich der Unfallversicherung

Die Deckungsgarantien bei „Todesfall“, „dauerhafter Arbeitsunfähigkeit“ und „Gesundheitsversorgung“ schließen weltweiten Versicherungsschutz bei Unfällen mit ein, vorausgesetzt der gewöhnliche Wohnsitz des Versicherten befindet sich tatsächlich in Spanien.

Die Deckungsgarantie für „Gesundheitsversorgung“ gilt nur dann, wenn sich die versicherte Person auf spanischem Staatsgebiet befindet.

3.3.5.2 Nicht versicherbarer Personenkreis

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

1. Über 65-Jährige und unter 14-Jährige.

Im ersten Fall kann DKV Seguros jedoch die Verlängerung bestehender Verträge von Jahr zu Jahr akzeptieren. Sie läuft mit dem Versicherungsjahr, in dem der der Versicherte das 70. Lebensjahr erreicht, aus.

2. Personen, die regelmäßig Rauschmittel und Drogen konsumieren.

3. Personen, die an Blindheit oder Kurzsichtigkeit von mehr als 12 Dioptrien, vollständigem Hörverlust, geistiger Umnachtung, Schlaganfall, Epilepsie, AIDS, Diabetes, Alkoholismus oder Rückenmarkserkrankungen leiden.

3.3.6 Ausgeschlossene Risiken

1. Unfälle aufgrund von außerordentlichen oder katastrophalen Ereignissen, die vom Rückversicherungskonsortium („Consortio de Compensación de Seguros“ abgedeckt werden (siehe „Klausel für die Entschädigung durch das Rückversicherungskonsortium für Schäden aufgrund von außerordentlichen Ereignissen“ in Abschnitt 3.3.9).

2. Unfälle, die sich aus der Teilnahme des Versicherten an Schlägereien (außer wenn er in Notwehr handelt), Glücksspielen und Straftaten ergeben.

3. Kardiovaskuläre Notfälle und Herzinfarkte in allen Formen, die in einem Zustand geistiger Umnachtung, Trunkenheit oder unter der Wirkung von Drogen oder Rauschmitteln auftreten, sowie nichtorganische psychiatrische Erkrankungen (ohne objektive Hirnverletzung).

Im Sinne dieser Police wird Trunkenheit angenommen, wenn der Grad des Alkohols im Blut die gesetzlich festgelegten Grenzen für die Einstufung des Verhaltens als strafbar überschreitet oder wenn der Versicherte aus diesem Grund verurteilt oder bestraft wird.

4. Unfälle, die sich aus der Teilnahme des Versicherten an wissenschaftlichen Expeditionen, Unterwasseraktivitäten mit Verwendung von umluftunabhängigen Atemgeräten, Training und Wettkämpfen oder Geschwindigkeits- oder Ausdauertests mit beliebigen Fahrzeugtypen ergeben.

5. Unfälle, die durch Selbstverletzung, Selbstmord oder Selbstmordversuch verursacht wurden.

6. Unfälle, die sich aus der professionellen Ausübung einer Sportart (oder gegen Entgelt jeglicher Art) verursacht werden, sowie solche, die durch die Teilnahme an Wettkämpfen oder Turnieren entstehen, die von Sportverbänden oder -vereinen organisiert werden.

Ebenso solche Unfälle, die bei der Ausübung von Luft- und Abenteuersportarten und -aktivitäten, Bergsteigen, Canyoning, Klettern, Boxen, Kampfsportarten, Bobsport, Skifahren und Snowboarden abseits der Pisten, Pelota Vasca, Basketball, Tauchen, Rugby, Stierkampf, Eintreiben von ungezähmtem Vieh und anderen offensichtlich gefährlichen Praktiken verursacht werden.

7. Unfälle, die sich aus dem Steuern von Fahrzeugen ohne die entsprechende, von der zuständigen Behörde ausgestellte Lizenz ergeben.

8. Hernien jeder Art oder Herkunft. Verletzungen, die durch sich wiederholende Bewegungen oder beabsichtigte Belastungen verursacht werden.

9. Schäden, die durch nukleare oder solare Reaktion oder Strahlung, radioaktive Kontamination oder nukleare Phänomene verursacht werden, unabhängig von der Ursache.

10. Im Allgemeinen sind solche von dieser Leistung ausgeschlossen, die von einer Krankheit oder einem Unfall herrühren, deren Ursprung vor dem Datum des Vertragsabschlusses liegt, auch wenn die Folgen während der Gültigkeit des Vertrags andauern, sich manifestieren oder festgestellt werden.

3.3.7 Versicherbare Risiken gegen Zusatzprämie

Risiken, die in dieser Police nicht versichert sind, es sei denn, sie sind ausdrücklich in den Besonderen Bedingungen eingeschlossen und es wird für sie die entsprechende Zusatzprämie (siehe Definitionen) gezahlt, sind die folgenden:

1. Der Gebrauch von Mopeds, Motorrädern, Quads oder Jet-Skis, unabhängig davon, ob der Versicherte der Fahrer oder ein Beifahrer ist.

2. Die Nutzung von Segel- oder Motorbooten auf hoher See (Entfernung von mehr als zwei Kilometern von der Küste).

3. Wandern, Trekking, Höhlenforschung, Unterwasserschwimmen und Großwildjagd.

4. Skifahren und alle Sportarten im Zusammenhang mit Reiten oder Umgang mit Pferden.

3.3.8 Regeln für die Bearbeitung von Schadensfällen

Vorgehen und Lösung von Unstimmigkeiten

1. Im Falle eines von dieser Police gedeckten Unfalls müssen der Versicherungsnehmer, der Versicherte, seine Begünstigten oder Anspruchsberechtigten DKV Seguros innerhalb von sieben Tagen nach dem Unfallereignis benachrichtigen, außer in Fällen höherer Gewalt.

2. Die entsprechende Schadenmeldung muss ausgefüllt werden, die alle möglichen Informationen über die Umstände und Folgen des Schadenfalls enthält.

Im Falle einer Verletzung dieser Pflicht wird dem Recht auf Entschädigung nur im Falle einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Handlung nicht stattgegeben.

3. Außerdem müssen auf Verlangen von DKV Seguros Originalbelege für ärztliche Gebühren, Atteste, Entlassungs- und Krankenscheine, Krankenhausaufenthalte usw. vorgelegt werden.

4. DKV Seguros hat das Recht, Ansprüche für die durch die verspätete Einreichung dieser Erklärung oder durch das Nichtvorliegen dieser Erklärung verursachten Schäden geltend zu machen, es sei denn, es wird nachgewiesen, dass sie anderweitig vom Schadensfall Kenntnis erlangt hat.

5. Nach Schadenseintritt hat der Versicherte einen Arzt aufzusuchen, dessen Anordnungen zu befolgen und alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Gesundheit zu schützen und eine rasche Genesung zu gewährleisten:

a) Die Nichterfüllung dieser Obliegenheit berechtigt DKV Seguros, seine Leistung in einem angemessenen Verhältnis zu kürzen, wobei die Bedeutung des daraus abgeleiteten Schadens und der Grad des Verschuldens des Versicherten zu berücksichtigen sind.

b) Wenn die Nichteinhaltung mit der festen Absicht geschieht, DKV Seguros zu schaden oder zu täuschen, wird DKV Seguros von der Erbringung sämtlicher Leistungen in Zusammenhang mit dem Schadensfall befreit.

6. Im Falle des Todes des Versicherten ist es notwendig, falls dies nicht schon vorher geschehen, folgendes an DKV Seguros einzureichen:

a) Eine wortgetreue Bescheinigung des Eintrags über das Versterben beim jeweiligen Standesamt.

b) Bericht des/der behandelnden Arztes/Ärztin über die Entwicklung der Folgen des Unfalls, der zum Tod geführt hat.

c) Dokumentation, welche die Personalien und gegebenenfalls den Status als Begünstigter bestätigt.

d) Bescheinigung über die Zahlung oder Befreiung von der allgemeinen Erbschaftssteuer.

7. Bei einer dauerhaften Behinderung infolge des Unfalls wird der Grad der Behinderung nach Vorlage der ärztlichen Invaliditätsbescheinigung festgestellt, sobald der Zustand des Versicherten als endgültig anerkannt ist, in jedem Fall aber innerhalb einer Frist von einem Jahr ab dem Tag des Unfalls.

DKV Seguros schickt an den Versicherten eine schriftliche Mitteilung über den ihm gemäß der ärztlichen Bescheinigung und den in diesen Allgemeinen Bedingungen festgelegten Einschätzung zustehenden Entschädigungsbetrag (siehe Leistung „Dauerhafte Invalidität“).

Wenn der Versicherte den von DKV Seguros in Bezug auf den Behinderungsgrad gemachten Vorschlag nicht akzeptieren sollte, unterstellen sich die Vertragsparteien gemäß Artikel 38 des Versicherungsvertragsgesetzes der Entscheidung eines ärztlichen Gutachters.

8. Im Falle einer medizinischen Versorgung aufgrund einer Körperverletzung ist es erforderlich, DKV Seguros das entsprechende Antragsformular für die eingetretenen Ereignisse und die erlittenen Körperverletzungen sowie den Bericht des/der ihn behandelnden Arztes/Ärzte, vorzulegen, aus dem die Entwicklung der Unfallfolgen hervorgeht, die die medizinische Versorgung erforderlich machen.

3.3.8.1 Festlegung der Entschädigungsleistungen

1. Einigen sich die Parteien über die Höhe und die Art der Entschädigung, so ist diese innerhalb von fünf Tagen nach deren Unterzeichnung zu zahlen.

2. Kommt die erwähnte Vereinbarung innerhalb von vierzig Tagen ab Erhalt der Schadensmeldung nicht zustande, hat jede Partei einen medizinischen Sachverständigen zu bestimmen.

Die Anerkennung dieser muss schriftlich erfolgen.

3. Nach Bestimmung der Gutachter und deren Annahme des Amts, das unverzichtbar ist, beginnen diese mit ihrer Arbeit.

4. Gelangen die Gutachter zu einer Einigung, wird dies in einem gemeinsamen Protokoll festgehalten, in dem die Ursachen für den Schadensfall, die Einschätzung der Schäden sowie andere Umstände, die einen Einfluss auf die Festlegung der Entschädigung haben, und der Vorschlag für einen Entschädigungsbetrag niedergeschrieben werden.

5. Hat eine der Parteien keinen Gutachter ernannt, so hat sie dies innerhalb von acht Tagen nach Aufforderung durch die Partei, die ihre Benennung vorgenommen hat, nachzuholen.

Holt sie das nicht innerhalb der genannten Frist nach, bedeutet dies die Annahme des Gutachtens, das der Gutachter der Gegenpartei erstellt hat. Damit ist die Partei an dieses Gutachten gebunden.

6. Kommt es zwischen den Gutachtern zu keiner Einigung, ist von beiden Parteien übereinstimmend ein Drittgutachter zu ernennen.

Andernfalls nimmt der zuständige Richter der ersten Instanz die Ernennung vor.

In diesem Fall wird das Gutachten innerhalb einer von den Parteien festgelegten Frist erstellt bzw. andernfalls innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab der Annahme der Ernennung durch den Drittgutachter.

7. Das Gutachten der Gutachter, einstimmig oder mehrheitlich, wird den Parteien unverzüglich und unmissverständlich mitgeteilt.

Dieses Gutachten ist für die Parteien verbindlich, es sei denn, eine von ihnen ficht es innerhalb von dreißig Tagen für DKV Seguros und einhundertachtzig Tagen für den Versicherten gerichtlich an, wobei beide Fristen mit dem Zustellungsdatum beginnen. Werden innerhalb der genannten Frist keine Rechtsmittel eingelegt, gilt das Gutachten als unanfechtbar.

8. Jede Partei übernimmt die Kosten für ihren Gutachter. Die Kosten für den Drittgutachter sowie sonstige Kosten, die durch die Bestimmung des Taxwertes anfallen, werden zu gleichen Teilen vom Versicherten und von DKV Seguros getragen.

Hätte jedoch eine der Parteien ein Sachverständigengutachten erforderlich gemacht, indem sie eine offenkundig unverhältnismäßige Bewertung des Schadens aufrechterhalten hat, so haftet sie allein für diese Kosten.

3.3.8.2. Zahlung der Entschädigungsleistung

1. Die Zahlung der Entschädigung richtet sich nach den folgenden Bestimmungen:

- > Wenn die Festsetzung des Schadensersatzes in gegenseitigem Einvernehmen erfolgt ist, sollte DKV Seguros die vereinbarte Summe innerhalb einer Frist von maximal fünf Tagen ab dem Datum der Unterzeichnung der Vereinbarung durch beide Parteien zahlen.

Dies alles unbeschadet der in Ziffer 3 dieses Artikels festgelegten Verpflichtung von DKV Seguros zur Zahlung des Mindestbetrags, zu der DKV Seguros verpflichtet ist.

- > Wenn die Schadensbewertung im Einvernehmen mit den Gutachtern erfolgt ist, zahlt DKV Seguros den von ihnen angegebenen Betrag innerhalb von fünf Tagen ab dem Zeitpunkt, an dem beide Parteien der Gutachtervereinbarung zugestimmt und diese akzeptiert haben, so dass sie unanfechtbar ist.

2. In jedem Fall wendet DKV Seguros die zum Zeitpunkt der Auszahlung der Entschädigung gesetzlich geltende Besteuerung an.

3. Wenn das Gutachten angefochten wird, hat DKV Seguros den Mindestbetrag zu zahlen, den er unter

den ihm bekannten Umständen zu entrichten hat.

4. Sollte der Begünstigte den Schadensfall vorsätzlich herbeigeführt haben, wird die Bestimmung zu seinen Gunsten nichtig. Die Entschädigungsleistung steht dem Versicherungsnehmer oder ggf. seinen Erben zu.

5. Wenn DKV Seguros innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des Schadensfalls den Schaden nicht behoben oder den Betrag in bar ersetzt hat, und zwar aus einem Grund, der nicht gerechtfertigt oder ihm zuzurechnen ist, wird die Entschädigung gemäß den Bestimmungen von Artikel 20 des Gesetzes über Versicherungsverträge erhöht.

6. Für den Fall, dass der Versicherte oder der Begünstigte aufgrund eines Verzugs von DKV Seguros bei der Auszahlung des Betrags der unanfechtbaren Entschädigung diesen gerichtlich einfordern müsste, wird die entsprechende Entschädigung um die in Artikel 20 des Versicherungsvertragsgesetzes vorgesehenen Zinsen erhöht.

In diesem Fall beginnt sie ab dem Zeitpunkt, ab dem die Bewertung für DKV Seguros unanfechtbar war, in jedem Fall aber mit der Höhe der Aufwendungen, die dem Versicherten in dem Verfahren entstanden sind, für

das durch das Urteil eine Entschädigung angeordnet wird.

3.3.9 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 durch das Rückversicherungskonsortium gedeckte außergewöhnliche Risiko nicht durch die abgeschlossene Versicherung mit dem Versicherungsunternehmen gedeckt 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.

Das Rückversicherungskonsortium handelt nach den Bestimmungen der erwähnten Satzung, 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 Naturphänomene: Erd- und Seebeben; außergewöhnliche Überschwemmungen, einschließlich

jener, die durch Wellenschläge verursacht werden, Vulkanausbrüche, atypische Zyklonen (einschließlich außergewöhnlicher Winde mit Böen von über 120 km/h und Tornados) und Einschlag von Astralkörper und Meteoriten.

b) Diejenigen, die auf gewaltvolle Art und Weise als Folge von Terrorismus, Rebellion, Aufruhr, Meuterei und Volksaufruhr entstehen.

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

Atmosphärische und seismische Ereignisse, Vulkanausbrüche und der Einschlag 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 Einsätze 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 Versicherungsvertragsgesetz 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 Bodensenkungen, 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 ihrer Größe und Schwere von der Regierung der Nation als Katastrophe oder nationale Kalamität qualifiziert 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 den gesetzlichen Regelungen für private Versicherungen 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 einen Anruf beim Call Center des Rückversicherungskonsortiums (900 222 665 oder 952 367 042)
- > Über die Webseite des Consorcio de Compensación de Seguros (consorseguros.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 dass 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.

3.4 Sterbegeldversicherung

3.4.1. Gegenstand der Versicherung

DKV Seguros garantiert jeder der versicherten Personen in der Police, die diese Deckung abgeschlossen haben Folgendes:

- a) Die Zahlung der in den Besonderen Bedingungen angegebenen Entschädigung im Falle des Todes des Versicherten zur Deckung der Kosten, die sich aus der Bestattung des Versicherten ergeben, oder
- b) Die Erbringung einer Sterbeleistung, die von den Angehörigen zum Zeitpunkt des Todes zu bestimmen ist.

Die Versicherungssumme (siehe Definitionen) für dieses Konzept wird als Höchstgrenze für diese Leistung festgelegt.

In diesem Vertrag endet der Versicherungsschutz im Todesfall am Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 70. Lebensjahr erreicht. Ab diesem Zeitpunkt verlängert sich diese Deckung auf unbegrenzte Zeit im Rahmen einer individuellen

Sterbegeldpolicy, die DKV Seguros dem Versicherten unter der Modalität einer konstanten Prämie anbietet.

3.4.2. Regeln für die Bearbeitung von Schadensfällen

Beim Tod des Versicherten können die Familienangehörigen wählen zwischen:

- > Kontaktaufnahme über die Telefonnummern des Kundenservices von DKV Seguros 900 810 072 | 900 810 141 unter Angabe des Todesorts, damit das Unternehmen die erforderlichen Schritte zur Bestattung durch ein Bestattungsunternehmen unternimmt, für die die Höchstgrenze dieser Deckung gilt.
- > Die Bestattung oder Einäscherung des Versicherten auf eigene Kosten zu veranlassen und anschließend die Sterbeurkunde des verstorbenen Versicherten in einer beliebigen Geschäftsstelle, Zweigstelle, Agentur oder Vertretung des Versicherers vorzulegen und die entsprechenden Kosten nachzuweisen.

DKV Seguros zahlt in diesem Fall den Betrag der Leistung bis zur Höchstgrenze des versicherten Kapitals an die Person, die angibt, dafür bezahlt zu haben.

4. Grundlegende Bestimmungen des Vertrages

4.1 Abschluss des Vertrags und Laufzeit der Versicherung

Der vorliegende Vertrag ist auf Grundlage und in Übereinstimmung mit den vom Versicherungsnehmer und den versicherten Personen in dem vor Vertragsabschluss im Gesundheitsfragebogen gemachten Angaben zustande gekommen; diese Angaben haben zur Annahme des zu versichernden Wagnisses durch DKV Seguros geführt und zur Festlegung des Versicherungsbeitrages.

Der Versicherungsvertrag und daran vorgenommene Änderungen treten erst dann in Kraft, wenn der Vertrag unterschrieben wurde und die Zahlung des ersten Beitrages erfolgt ist, es sei denn, in den Besonderen Vertragsbedingungen wurde Gegenteiliges vereinbart.

Weicht der Inhalt des Versicherungsvertrags vom Inhalt des Versicherungsantrags oder den vereinbarten Klauseln ab, kann der

Versicherungsnehmer innerhalb einer Frist von einem Monat, beginnend mit dem Erhalt des Vertrags, DKV Seguros dazu auffordern, diese Unstimmigkeiten zu beheben.

Läuft diese Frist ab und der Versicherungsnehmer hat keine Behebung gefordert, gelten die im Vertrag festgehaltenen Regelungen.

Die Versicherung wird mit der in den Besonderen Vertragsbedingungen vorgesehenen Laufzeit abgeschlossen. Sofern nichts Gegenteiliges vereinbart wird, stimmt die Laufzeit der Versicherung mit einem Kalenderjahr überein.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr. **DKV Seguros kann der Verlängerung des Vertrags durch schriftliche Mitteilung an den Versicherungsnehmer mit einer Mindestfrist von zwei Monaten zum Ablauf des Jahres widersprechen, wenn die Versicherung den Vertrag**

nicht verlängern wird oder wenn sie Änderungen daran vornehmen will.

Gleichfalls kann der Versicherungsnehmer der Vertragsverlängerung widersprechen. Hierfür ist eine Frist von mindestens einem Monat vor dem im Vertrag festgelegten Ablauf einzuhalten und die Mitteilung an DKV Seguros hat in einer Weise zu erfolgen, die die Führung eines Nachweises erlaubt.

DKV Seguros kann für den abgeschlossenen Versicherungsschutz, der sich auf die Krankenversicherung bezieht, den Vertrag für Versicherte nicht kündigen, die für die Dauer von drei aufeinander folgenden Jahren ununterbrochen im Vertrag versichert waren. Der Vertrag verlängert sich automatisch Jahr für Jahr, sofern keine Vertragsverletzung vonseiten des Versicherten vorliegt und sofern keine Ungenauigkeiten, Vorsatz oder Verschulden bei der Beantwortung der Fragen des zum Versicherungsantrag gehörenden Gesundheitsfragebogens vorliegen.

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 4.4 dieser Vereinbarung sowie Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen akzeptiert, die allen Versicherten innerhalb der gleichen Versicherungs-Modalität angeboten wird.

Bei allen anderen Versicherungen endet der Versicherungsschutz am Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 70. Lebensjahr erreicht.

Bei Abschluss der Versicherung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausaufenthalt erlischt der Versicherungsschutz auch in den folgenden Fällen:

- > Wenn sich der Zustand des Versicherten in eine Invalidität oder dauerhafte Berufsunfähigkeit zur Ausübung seiner üblichen Tätigkeit ändert oder er eine Überprüfung seines Zustands zur Erlangung einer Rente oder einer Entschädigung aus diesem Grund beantragt.
- > Wenn der Versicherte in Rente geht, die Arbeit verliert oder Ähnliches oder er seine Berufstätigkeit aufgibt.

Bei der Versicherung im Todesfall bietet DKV Seguros die Fortsetzung des Versicherungsschutzes durch eine individuelle Police zu Gunsten derselben versicherten Person unter der Modalität einer konstanten Prämie.

4.2 Weitere Verpflichtungen, Pflichten und Aufgaben sowie Befugnisse des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person

Der Versicherungsnehmer oder gegebenenfalls der Versicherte ist verpflichtet:

a) DKV Seguros vor dem Abschluss des Vertrages mithilfe des von ihm ausgefüllten Fragebogens Angaben zu allen ihm bekannten Umständen zu machen, die Einfluss auf die Risikobewertung haben könnten. Er ist von dieser Verpflichtung befreit, falls er von DKV Seguros keinen Fragebogen erhält, oder falls er den Fragebogen erhält, es sich um Umstände handelt, welche die Risikobewertung beeinflussen können, jedoch nicht in diesem Fragebogen enthalten sind (Artikel 10 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes Ley de Contrato de Seguro).

b) DKV Seguros während der Laufzeit des Vertrages so früh wie möglich über eine Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes ins Ausland zu informieren, weiter über jede Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Spaniens, Änderungen der gewöhnlichen, beruflichen Beschäftigung, die Aufnahme von mit hohem oder extremem Risiko verbundenen Freizeit- oder Sportaktivitäten, die, wenn sie DKV Seguros bei Vertragsabschluss bekannt gewesen wären, das Zustandekommen der Versicherung entweder verhindert oder zu einem

Abschluss zu anderen Bedingungen geführt hätten.

Im Rahmen der Versicherung für Leistung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausaufenthalt, wird der Wechsel des Arbeitsplatzes oder der beruflichen Tätigkeit des Versicherten und die Art, wie diese ausgeübt wird - selbständig oder für andere -, welche in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind, als Umstände betrachtet, die das Risiko ändern und DKV Seguros mitgeteilt werden müssen (Artikel 11 und 12 des Versicherungsvertragsgesetzes).

Für den Fall, dass die Veränderung des Risikos vor Eintritt des Versicherungsfalls DKV Seguros nicht mitgeteilt wurde und diese auf eine Änderung der Art der beruflichen Tätigkeit von Arbeitnehmertätigkeit auf selbstständige Tätigkeit zurückzuführen ist, wird die Tagesgeldzahlung nicht höher sein als DKV Seguros in ihrem Produkt für selbstständige Personen kalkuliert hat im Augenblick des Eintritts des Versicherungsfalls.

Es wird ein Verfahren eingeleitet, den Beitrag der Situation des wahren Risikos anzupassen und wenn erforderlich, wird dem Versicherungsnehmer die Differenz zwischen dem neuen angepassten Beitrag und der für das Versicherungsjahr gezahlten zurückgezahlt.

c) Alle ihm zur Verfügung stehenden Mittel für eine baldige Genesung und zur Reduzierung der Folgen der eingetretenen Schädigung zu nutzen.

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

d) Die Abtretung und Übertragung von Rechten und Ansprüchen gemäß Abschnitt 3.1.5 an DKV Seguros zu ermöglichen.

Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Anspruch auf Entschädigung von Dritten, geht dieses Recht in der Höhe der für die Gesundheitsversorgung erbrachten Summe auf DKV Seguros über.

4.3 Weitere Verpflichtungen der Versicherung DKV Seguros bei Abschluss der Krankenversicherung

Neben der Erbringung der vertraglich vereinbarten Gesundheitsversorgung in der Modalität, die im Vertrag beschrieben wird, händigt DKV Seguros dem Versicherungsnehmer das Vertragsdokument, also die Versicherungspolice, aus.

Weiter händigt DKV Seguros dem Versicherungsnehmer für jeden der durch den Vertrag Mitversicherten die als Identifikationsmedium dienende Versicherungskarte aus, weiter Informationen zu dem für seine Wohnzone geltenden Cuadro Médico genannten Verzeichnis der vertragsgebundenen medizinischen Fachkräfte und Zentren (DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen), in dem das oder die permanent geöffneten Notfalleinrichtungen sowie die Anschriften und Sprechzeiten der medizinischen Fachkräfte enthalten sind, die Vereinbarungen mit DKV getroffen haben.

Nach dem Ablauf eines Jahres ab Vertragsabschluss oder der Aufnahme weiterer Versicherter, übernimmt DKV Seguros die Deckung für alle bereits zuvor vorhandenen Erkrankungen, sofern diese dem Versicherten nicht bekannt waren und er diese nicht absichtlich bei Beantwortung des Gesundheitsfragebogens verschwiegen hat.

4.4 Bezahlung der Versicherung (Beiträge oder Prämien genannt)

Der Versicherungsnehmer ist dazu verpflichtet, in dem Moment den Erstbeitrag oder den Einmalbeitrag zu bezahlen, in dem er den Versicherungsvertrag annimmt.

Die nachfolgenden Beiträge sind jeweils bei Fälligkeit zu bezahlen.

Der Versicherungsnehmer kann eine Fraktionierung des Jahresbeitrages in halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zu bezahlende Teilbeträge beantragen.

In diesen Fällen wird der dafür vorgesehene Zuschlag erhoben. Die Fraktionierung des Versicherungsbeitrags befreit den Versicherungsnehmer jedoch nicht von seiner Pflicht, den gesamten Jahresbeitrag zu entrichten.

Ist durch das Verschulden des Versicherungsnehmers der Erstbeitrag oder der Einmalbeitrag bei Fälligkeit nicht bezahlt worden, ist DKV Seguros dazu berechtigt, den Vertrag entweder aufzulösen oder die Bezahlung des aufgrund des Vertrags fälligen Beitrags im Rahmen eines gerichtlichen Beitreibungs- und Vollstreckungsverfahrens einzufordern.

In jedem Fall gilt, sofern nichts Gegenteiliges in den Besonderen Vertragsbedingungen vereinbart wurde, für den Fall, dass der Versicherungsbeitrag nicht vor dem Eintritt eines Versicherungsfalls bezahlt worden ist, die Versicherung DKV Seguros von der Leistungspflicht befreit ist.

Wird der zweite Beitrag oder nachfolgende Beiträge oder die vereinbarten Teilbeträge nicht bezahlt, wird die von DKV Seguros gebotene Deckung einen Monat nach dem Tag der Fälligkeit außer Kraft gesetzt.

Fordert DKV Seguros die Zahlung nicht innerhalb der auf diesen Fälligkeitstermin folgenden sechs Monate ein, gilt der Vertrag als erloschen.

Ist der Vertrag nicht gemäß der zuvor genannten Bedingungen außer Kraft gesetzt worden oder erloschen, setzt die Deckung 24 Stunden nach dem Tag wieder ein, an dem der Versicherungsnehmer den Beitrag bezahlt hat.

In diesem Fall übernimmt DKV Seguros den Beitrag für den Zeitraum, in dem der Versicherungsschutz aufgrund der Nichtzahlung außer Kraft gesetzt war.

Wurde der Vertrag außer Kraft gesetzt, gilt in jedem Fall, dass DKV Seguros ausschließlich zur Forderung des Beitrages für den laufenden Zeitraum berechtigt ist.

DKV Seguros haftet nur für die von DKV Seguros ausgestellten Rechnungen.

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

Hierzu hat der Versicherungsnehmer DKV Seguros seine Kontoverbindungsdaten für die Abbuchungen der für diese Versicherung fälligen Beiträge mitzuteilen und seinem Finanzinstitut die Genehmigung zur Vornahme zu erteilen.

Wurde in den Besonderen Vertragsbedingungen kein Zahlungsort festgelegt, gilt der Wohnsitz des Versicherungsnehmers als Zahlungsort für die Versicherungsbeiträge.

DKV Seguros hat das Recht, bei jeder Verlängerung des Versicherungsvertrages die jährliche Höhe der Versicherungszahlung (Prämie) sowie die Kosten pro medizinischer Behandlung gemäß der technischen versicherungsmathematischen Berechnungen zu verändern. Der Beitrag für jeden Versicherten wird auf der Grundlage der folgenden objektiven Risikofaktoren berechnet: Alter und geografische Lage des Wohnsitzes.

Wenn die mathematischen, von DKV verwendeten Methoden zur Berechnung der Risikoprämie weitere objektive Risikofaktoren von Bedeutung aufzeigen, erfolgt eine Mitteilung über die Einbeziehung dieser Faktoren in die Berechnung des neuen Tarifs vor Verlängerung der Versicherung.

Bei der Berechnung des Beitrags werden zudem weitere Faktoren berücksichtigt,

wie der Anstieg der Kosten für die medizinischen Versorgungsleistungen sowie die den Deckungsleistungen neu hinzugefügten technologischen Innovationen.

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

Die für jedes Gesundheitsprodukt in der Modalität Individual derzeit gültigen Beiträge können Sie über unsere Webseite **dkvseguros.com** konsultieren und ebenfalls in den Zweigniederlassungen der Versicherung DKV Seguros.

Es werden jeweils die zum Zeitpunkt der Verlängerung gültigen Tarife berücksichtigt.

Die Höhe des Versicherungsbeitrags kann sich ebenfalls in Abhängigkeit vom Alter und von weiteren persönlichen Umständen der Versicherten ändern. In einigen Abschnitten kann eine Einteilung nach Altersgruppen erfolgen.

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 unterliegt DKV Seguros keinerlei Begrenzungen. Der nach Aufnahme der entsprechenden Zuschläge festgesetzte Jahresbeitrag berücksichtigt die Prinzipien von Angemessenheit und technischer Ausgewogenheit gemäß der die Versicherungsgeschäfte regelnden Vorschriften.

Diese Berechnungen finden ebenfalls Anwendung in den Fällen, in denen der Versicherte das bereits beschriebene Recht hat, dass ihm die Verlängerung seines Vertrages vonseiten von DKV Seguros im Gesundheitsmodul nicht mehr verweigert werden kann.

Wenn der Versicherungsnehmer von DKV Seguros die Mitteilung über die Anpassung des Beitrags für das nächste Jahr der Laufzeit erhält, kann er zwischen der Verlängerung des Vertrags und der Beendigung zum Ablauf der aktuellen Laufzeit wählen. Im zweiten Fall hat der Versicherungsnehmer seinen Wunsch, die Vertragsbeziehung zum Ende der Laufzeit zu beenden, DKV Seguros schriftlich mitzuteilen.

4.5 Verlust der Rechte

Der Versicherte verliert das Recht auf die garantierte Leistung:

a) Wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die im Gesundheitsfragebogen gestellten

Fragen oder solche, die ihm zur weiteren Klärung gestellt wurden, nicht wahrheitsgemäß beantwortet hat, sei es dadurch, dass er wissentlich relevante Umstände verschweigt oder dadurch, dass er bei der Bereitstellung der von ihm verlangten Daten nicht mit ausreichender Sorgfalt handelt (Artikel 10 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes).

4.6 Aussetzung und Beendigung des Versicherungsvertrages

a) DKV Seguros hat das Recht, den Vertrag zu kündigen, indem eine schriftliche Erklärung an den Versicherungsnehmer ergeht; dies hat innerhalb eines Monats zu geschehen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung Kenntnis über die verschwiegenen Umstände oder die fehlende Sorgfalt bei Beantwortung des Gesundheitsfragebogens erhalten hat (Artikel 10 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes).

b) Sollte sich das Risiko durch Verlegung des ständigen Wohnsitzes ins Ausland, Änderung des Wohnsitzes innerhalb Spaniens, Änderung der beruflichen Tätigkeit, Freizeitaktivitäten oder Extremsportaktivitäten ändern, hat DKV Seguros das Recht, vom Vertrag zurückzutreten. Die Vertragskündigung wird dem Versicherungsnehmer oder Versicherten innerhalb

eines Monats ab Kenntnisnahme der Risikoerhöhung schriftlich mitgeteilt. (Artikel 12 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes).

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

Wird der zweite Beitrag oder nachfolgende Beiträge oder die vereinbarten Teilbeträge nicht bezahlt, wird die von DKV Seguros gebotene Deckung einen Monat nach dem Tag der Fälligkeit dieses Beitrags oder seines Teilbetrages außer Kraft gesetzt.

Fordert DKV Seguros die Zahlung nicht innerhalb der auf diesen Fälligkeitstermin folgenden sechs Monate ein, gilt der Vertrag als erloschen.

Ist der Vertrag nicht gemäß der zuvor genannten Bedingungen außer Kraft gesetzt worden oder erloschen, setzt die Deckung 24 Stunden nach dem Tag wieder ein, an dem der Versicherungsnehmer den Beitrag bezahlt hat. Sie entfaltet jedoch keine rückwirkende Wirkung.

4.7 Kommunikation

Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen an DKV Seguros sind an den Sitz der Versicherung zu richten. Unabhängig davon haben auch Mitteilungen Gültigkeit, die in einer Art und Weise, die die Führung eines Nachweises erlaubt, an den Vertreter von DKV Seguros gerichtet sind, der den Vertrag vermittelt hat.

Von einem Versicherungsvertreter im Namen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten an DKV Seguros weitergeleitete Mitteilungen haben die gleiche Rechtswirkung, wie wenn sie von diesen direkt an DKV Seguros gesendet worden wären.

Jedoch gelten Mitteilungen, die vom Versicherungsnehmer oder den versicherten Personen an den Versicherungsvertreter gerichtet werden, so lange als nicht gemacht, bis DKV Seguros diese erhalten hat.

Mitteilungen von DKV Seguros an den Versicherungsnehmer oder die versicherten Personen werden über die vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten bereitgestellten Kontaktdaten an den Wohnsitz versandt.

3.1.10 Besondere gesundheitliche Risiken beim Vertragsabschluss der Krankenversicherung

Der Versicherungsnehmer kann mit DKV Seguros die Deckung von Risiken vereinbaren, die durch diese Allgemeinen Vertragsbedingungen ausgeschlossen werden oder von diesen nicht ausdrücklich erfasst werden.

Diese werden »besondere gesundheitliche Risiken« genannt. Damit diese vom Versicherungsschutz erfasst werden, ist es notwendig, sie in den Besonderen Vertragsbedingungen ausdrücklich festzulegen und es ist dafür ein Zusatzbeitrag zu bezahlen.

4.8 Steuern und Zuschläge

Übertragbare Steuern und Gebühren gehen zulasten des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person.

4.9 Neubewertung der Prämien, Geldleistungen und Entschädigungen der Versicherungen für Entschädigung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausaufenthalt, Unfälle und Todesfälle.

Um den mit diesem Vertrag versicherten Wert, den Nutzen, die Geldleistungen und Entschädigungen aktuell zu halten, werden diese -sofern nichts anderes vereinbart ist- automatisch bei jedem jährlichen Verlängerungsdatum im

Rahmen einer dieser zwei Möglichkeiten neu berechnet:

1. Proportional zum jährlich durch das spanische Amt für Statistik (Instituto Nacional de Estadística – INE) festgelegten Verbraucherpreisindex (Índice General de Precios al Consumo – IPC).

2. Nach einem festen Prozentsatz. Die Neubewertung der wirtschaftlichen Leistung und Entschädigung wird entsprechend in der zu zahlenden Prämie angegeben und die neuen Leistungsbeträge werden auf dem Rechnungsbeleg angezeigt.

Entsprechend der versicherungsmathematischen Kriterien des abgeschlossenen Versicherungsvertrages wird der dafür zu zahlende Beitrag abhängig vom Alter des Versicherten, von möglichen Berufs- oder Tätigkeitswechseln sowie von Änderungen des Leistungsumfanges angepasst.

4.10 Vorschriften und Gerichtsbarkeit

Die aus diesem Vertrag hervorgehenden Verpflichtungen verjähren nach fünf Jahren.

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

Anhang I: Reiseversicherung

1. Einleitende Regelungen

1.1 Versicherte Personen

Natürliche Personen, die in Spanien ihren Hauptwohnsitz haben und Begünstigte der DKV-Krankenversicherung sind.

1.2 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit und nach Überschreiten der Grenze der Provinz, in der sich der gewöhnliche Wohnsitz der versicherten Person befindet. **Lediglich die Leistungen unter 2.1.1, 2.1.3, 2.1.14, 2.1.20 sowie die Leistungen 2.1.6, 2.1.8 über Hotelkosten** gelten nicht in Spanien, sondern werden nur bei Auslandsreisen der versicherten Personen gezahlt.

1.3 Laufzeit der Versicherung

Die Laufzeit stimmt mit derjenigen der Krankenversicherung überein, die den Hauptversicherungsschutz bietet.

1.4 Gültigkeit

Um die garantierten Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte seinen gewöhnlichen Wohnsitz in Spanien haben und sich dort auch gewöhnlich aufhalten, sodass Reisen oder Aufenthalte außerhalb dieses gewöhnlichen Wohnsitzes **eine Dauer von 180 aufeinanderfolgenden Tagen nicht überschreiten dürfen**.

2. Beschreibung der Deckungen

2.1 Gesundheitsversorgung

2.1.1 Ausgaben für medizinische und chirurgische Versorgung, Medikamente, Versorgung und Aufenthalt im Krankenhaus sowie Transport im Krankenwagen im Ausland

DKV Seguros übernimmt die Aufwendungen für medizinisch chirurgische Behandlungen, für durch einen Arzt verschriebene Medikamente,

für stationäre Behandlungen und Krankentransporte, die durch eine während der Reise ins Ausland eingetretene Erkrankung oder als Folge eines Unfalls notwendig werden, **bis zu einem Höchstbetrag von 20 000 EUR.**

Die maximale Obergrenze dieser Deckungsleistungen gilt für jeden einzelnen Versicherten und für jeden einzelnen Versicherungsfall, der eingetreten ist.

2.1.2 Ausgaben bei zahnmedizinischen Notfällen

Treten während der Reise akute Zahnprobleme wie Entzündungen, Zahnschmerzen oder Verletzungen auf, die eine Notfallbehandlung erforderlich machen, trägt DKV Seguros die Kosten dieser Behandlung, **bis maximal 300 Euro.**

2.1.3 Verlängerung eines Hotelaufenthaltes im Ausland

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

2.1.4 Krankenrücktransport und Verlegung

Erkrankt der Versicherte während einer Reise oder erleidet er einen Unfall, kümmert sich DKV Seguros um Folgendes:

a) Die Kosten für den Transport im Krankenwagen bis zur am nächsten gelegenen Klinik oder Krankenhaus.

b) Kontaktaufnahme mit dem Arzt, der den erkrankten oder verletzten Versicherten behandelt, um geeignete Maßnahmen und die am besten geeignete und durchzuführende Behandlung festzulegen sowie das am besten geeignete Transportmittel für eine mögliche Verlegung in ein anderes, besser geeignetes Krankenhaus, sofern erforderlich, oder nach Hause.

c) Die Kosten einer Verlegung des Verletzten oder Erkrankten mit dem am besten geeigneten Transportmittel bis zu einem anderen Krankenhaus oder den Transport nach Hause.

Sollte der Versicherte in einem Krankenhaus untergebracht sein, das nicht in der Nähe seines Wohnsitzes liegt, kümmert sich DKV Seguros zur gegebenen Zeit, wenn die Krankenhausentlassung vorliegt, um den Transport nach Hause.

Das in Europa und den Mittelmeerländern benutzte Transportmittel ist, wenn es Dringlichkeit und Schwere des Falles erfordern, ein Spezialflugzeug für Krankentransporte.

Andernfalls und weltweit erfolgt der Transport in einem regulären Linienflugzeug oder je nach den Umständen mit dem schnellsten oder am besten geeigneten Transportmittel.

2.1.5 Rückführung von Verstorbenen und deren Begleitern

DKV Seguros kümmert sich um alle Formalitäten, die am Ort des Ablebens des Versicherten zu erledigen sind und um die Rückführung und Überführung des Leichnams bis zum Bestattungsort in Spanien.

Ist der verstorbene Versicherte in Begleitung von Familienangehörigen gereist, die ebenfalls versichert sind, und können diese nicht mit den ursprünglich für die Rückreise vorgesehenen Verkehrsmitteln zurückkehren, oder weil das gekaufte Rückreiseticket dies nicht zulässt, kümmert sich DKV Seguros um deren Transport bis zum Ort des Begräbnisses oder zu ihrem Wohnsitz in Spanien.

Handelt es sich bei diesen Familienangehörigen um die Kinder des Versicherten, der verstorben ist, und sind diese jünger als 15 Jahre und gibt es keinen Familienangehörigen oder eine Person ihres Vertrauens, die die

Kinder auf der Rückreise begleiten kann, stellt DKV Seguros eine Begleitperson, die gemeinsam mit ihnen bis zum Bestattungsort oder zum Wohnsitz in Spanien reist.

2.1.6 Begleitung der sterblichen Überreste

Sollte niemand da sein, der die sterblichen Überreste des verstorbenen Versicherten bei deren Überführung begleitet, stellt DKV der Person, die von den Familienangehörigen des Verstorbenen dazu bestimmt wird, ein Hin- und Rückreiseticket bereit, um diese Begleitung wahrzunehmen.

Tritt der Todesfall im Ausland ein, trägt DKV Seguros zudem die Kosten des Aufenthalts dieser Person oder stattdessen, die Kosten des Aufenthalts einer anderen Person, die bereits vor Ort ist, das sie mit dem verstorbenen Versicherten gemeinsam auf Reisen ist, sofern diese durch die Familienangehörigen als Begleitperson für den Leichnam bestimmt wurde. **Es gilt eine Obergrenze von 80 Euro pro Tag für einen maximalen Zeitraum von drei Tagen.**

2.1.7 Rücktransport oder Transport der weiteren Versicherten

Ist der Transport oder Rücktransport aus dem Ausland eines der Versicherten aufgrund Krankheit oder Unfall erfolgt und verhindert dieser Umstand, dass die anderen, ebenfalls versicherten,

Familienmitglieder mit den ursprünglich vorgesehenen Mitteln die Rückkehr zu Ihrem Wohnsitz vornehmen, übernimmt DKV Seguros die Kosten für:

a) Die Beförderung der übrigen Versicherten bis zu ihrem gewöhnlichen Wohnsitz oder dem Ort, an dem sich der transportierte oder aus dem Ausland zurückgeholte Versicherte im Krankenhaus befindet.

b) Die Bereitstellung einer Person, die mit den unter dem vorstehenden Punkt a) genannten verbleibenden Versicherten reist und diese begleitet, wenn es sich dabei um die Kinder des zurücktransportierten Versicherten handelt, diese jünger als 15 Jahre sind und kein Familienangehöriger oder eine Person ihres Vertrauens vorhanden ist, die diese auf der Heimreise begleiten kann.

2.1.8 Reise einer Begleitperson

Wird der Versicherte mehr als 5 Tage stationär behandelt, übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für ein Hin- und Rückreiseticket für einen Familienangehörigen zur Unterstützung der versicherten Person. Sofern die stationäre Behandlung im Ausland erfolgt, trägt DKV Seguros die Kosten des Hotelaufenthalts des Familienangehörigen. Erstattet werden bei Vorlage der dazugehörigen Zahlungsbelege **bis 80 Euro täglich und maximal für zehn Tage.**

2.1.9 Vorzeitige Rückreise an den ständigen Wohnsitz

Ereignet sich während einer Reise des Versicherten, bei der er sich nicht an seinem gewöhnlichen Wohnsitz aufhält, ein Brand oder ein schwerer Schadensfall, oder verstirbt ein Familienangehöriger ersten Grades, stellt DKV Seguros dem Versicherten ein Ticket für die Heimreise zur Verfügung, wenn das Ticket, das er für seine geplante Rückreise hat, eine vorzeitige Reise nicht erlaubt.

Will der Versicherte nach Klärung der für die vorzeitige Rückkehr an seinen gewöhnlichen Wohnsitz verantwortlichen Situation an den Ort zurückkehren, an dem er sich auf seiner Reise befand und diese unterbrechen musste, stellt DKV Seguros ihm erneut ein Ticket für die Rückreise an diesen Ort bereit.

2.1.10 Versand von Medikamenten

DKV Seguros koordiniert den Versand von Medikamenten, die für den Heilungsprozess des Versicherten erforderlich sind und die an dem Ort, an dem dieser sich befindet, nicht erhältlich sind.

2.1.11 Telefonische Arztberatung

Benötigt der Versicherte während seiner Reise ärztliche Informationen, kann er diese beantragen, indem er die Betreuungszentrale anruft.

Angesichts der Unmöglichkeit, telefonisch eine Diagnose zu stellen, ist die erhaltene Auskunft als reine Orientierungshilfe zu betrachten und es kann daher davon keine Haftung für DKV Seguros abgeleitet werden.

2.1.12 Hilfe bei der Gepäcksuche

Bei einem Verlust des Gepäcks bietet DKV Seguros Unterstützung bei Anforderung und Abwicklung der Suche und Lokalisierung an; sobald das Gepäck gefunden wurde, trägt die Versicherung die Kosten für den Versand an den Wohnsitz des Versicherten.

2.1.13 Versand von Dokumenten

Sollte der Versicherte ein Dokument benötigen, das er vergessen hat, kümmert sich DKV Seguros um die Erledigung der entsprechenden Formalitäten und leitet die notwendigen Schritte ein, damit er dieses an seinem Aufenthaltsort entgegennehmen kann.

2.1.14 Aufwendungen für einen Rechtsbeistand und Vorschuss einer Prozessbürgschaft im Ausland

Falls sich während der Reise im Ausland ein Verkehrsunfall ereignet und die versicherte Person einen Rechtsbeistand hinzuziehen muss, übernimmt DKV Seguros die dadurch entstehenden Aufwendungen **bis zu einer Höchstgrenze von 1500 Euro**.

Ist der Versicherte nicht dazu in der Lage, einen Anwalt zu beauftragen, wird

DKV Seguros dies für ihn tun, ohne dass dies jedoch dazu führt, das in Bezug auf das anwaltliche Handeln später Haftungsansprüche an die Versicherung gestellt werden können.

Fordern die zuständigen Behörden des Landes, in dem sich der Unfall ereignet hat, eine Strafkautions, streckt DKV Seguros diese vor, **begrenzt auf einen Höchstbetrag von 6000 Euro**.

Der Versicherte hat diese vorgestreckte Kautions innerhalb **einer Frist von maximal drei Monaten** zurückzuzahlen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an dem DKV den geliehenen Betrag geleistet hat. Erstatten die zuständigen ausländischen Behörden dem Versicherten den Betrag vor Ablauf dieser dreimonatigen Frist, so hat dieser den vorgestreckten Betrag umgehend an DKV Seguros zurückzuzahlen.

2.1.15 Reiseberatung unterwegs

Benötigt der Versicherte Informationen über die Länder, die er besuchen möchte, wie zum Beispiel Einreiseformalitäten, Visa, Währung, wirtschaftliches und politisches Regime, Bevölkerung, Sprache, Gesundheitslage etc., stellt DKV Seguros diese allgemeinen Informationen zur Verfügung; hierfür hat sich der Versicherte über die angegebene Rufnummer telefonisch mit der Versicherung in Verbindung zu setzen und dort um Beantwortung seiner Fragen zu bitten; die Antworten erhält

er auf Wunsch durch einen Telefonanruf oder per E-Mail.

2.1.16 Zustellung von Mitteilungen

DKV Seguros übernimmt die Zustellung dringender Mitteilungen an Familienangehörige von Versicherten, die infolge von Ereignissen gemacht werden müssen, die durch die Garantien der hier vorliegenden Versicherung gedeckt sind.

2.1.17 Familienhilfe

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

2.1.18 Sperrung von Karten

Bei Raub, Diebstahl oder Verlust von Bankkarten sowie von anderen Karten, die von Ausstellern in Spanien ausgegeben wurden, verpflichtet sich DKV Seguros, dies dem Aussteller der Karte zur Vornahme der Sperrung mitzuteilen, wenn der Versicherte ihn dazu auffordert.

2.1.19 Sperrung von Mobiltelefonen

Meldet der Versicherte den Diebstahl oder Verlust seines Mobiltelefons, teilt DKV Seguros diesen Umstand dem

entsprechenden Telefonanbieter mit und beantragt die Sperrung des Geräts. DKV Seguros haftet in keinem Fall für eine missbräuchliche Nutzung.

2.1.20 Vorauszahlung von Geldern im Ausland

Fallen aufgrund einer im Ausland aufgetretenen Erkrankung oder eines Unfalls außergewöhnliche Kosten an, leistet DKV Seguros, wenn dies notwendig sein sollte, eine Vorauszahlung **bis maximal 1500 Euro** an den Versicherten; hierzu hat der Versicherte ein Schriftstück zu unterzeichnen, mit dem er die Schuld anerkennt oder einen Bankscheck über den als Vorauszahlung bereitgestellten Betrag beziehungsweise den Gegenwert in Euro; immer unter Berücksichtigung der in Bezug auf Devisenkontrolle geltenden Rechtsnormen.

Der Versicherte verpflichtet sich, DKV Seguros den vorgestreckten Betrag innerhalb von maximal 30 Tagen zurückzuzahlen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung die Mittel übergeben hat.

2.2 Gepäck

2.2.1 Bearbeitungskosten für verlorene Dokumente

Abgedeckt sind, bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro, begründete Ausgaben, die für den Versicherten

während der Reise zum Ersetzen von Kreditkarten, Bankschecks, Reiseschecks, Tankkarten, Transporttickets, Reisepässen, Visa entstehen, die während der Reise oder des Aufenthalts außerhalb seines ständigen Wohnsitzes gestohlen oder verloren wurden.

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

2.3 Verspätungen

2.3.1 Das Nichterreichen einer Anschlussverbindung aufgrund einer Verspätung des Transportmittels

Hat das öffentliche Transportmittel aufgrund einer technischen Störung, Streik, extremer Witterungsbedingungen oder Naturkatastrophen, gewaltsamem Eingreifen von Behörden oder anderer Personen, Verspätung und infolgedessen wird der planmäßige, gebuchte und im Ticket vorgesehene Anschluss an das nächste öffentliche Transportmittel unmöglich, erstattet **DKV Seguros mit der Verspätung verbundene Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro.**

3. Begrenzungen und leistungseinschränkende Regelungen des Vertrages

3.1 Ausschlüsse

3.1.1 Die Garantien und Leistungen, die bei DKV Seguros nicht beantragt wurden und die ohne das Einverständnis der Versicherung oder nicht von ihr erbracht wurden, ausgenommen in Fällen von höherer Gewalt oder tatsächlich und nachgewiesener Unmöglichkeit.

3.1.2 Alle Krankheiten oder Verletzungen, die infolge von chronischen oder bereits vor der Abreise bestehender Leiden auftreten sowie damit zusammenhängende Komplikationen und Rückfälle.

3.1.3 Tod durch Selbstmord oder Krankheiten und Verletzungen infolge eines Selbstmordversuchs oder solcher, die der Versicherte sich absichtlich selbst zugefügt oder verursacht hat sowie diejenigen, die infolge von direkten oder indirekten kriminellen Handlungen des Versicherten eintreten.

3.1.4 Die Behandlung von Erkrankungen oder pathologischen Zuständen, die durch Einnahme oder Verabreichung toxischer Substanzen (Drogen), narkotisierender Substanzen oder der Verwendung und Einnahme

von Medikamenten ohne ärztliche Verschreibung verursacht werden.

3.1.5 Die Ausgaben für Prothesen, Brillen und Kontaktlinsen, Geburten und Schwangerschaften außer bei unvorhergesehenen Komplikationen während der ersten sechs Monate, sowie jede Art von psychischer Störung.

3.1.6 Ereignisse, die verursacht werden durch Wettkampfsport und geleistete Hilfe für in Seenot, Bergnot und in der Wüste in Not geratene Menschen.

3.1.7 Sämtliche Arten von ärztlichen, medizinischen oder pharmazeutischen Aufwendungen mit einem Betrag von unter 10 Euro.

3.1.8 Die Kosten für Bestattung und Trauerfeier.

3.1.9 Schadensfälle, die eintreten im Zusammenhang mit Kriegen, Pandemien, Demonstrationen, Volksbewegungen, Terrorakten, Sabotageakten, Streiks, Festnahmen durch Befehlsgewalten aufgrund von Straftaten, die nicht die Folge von Verkehrsunfällen sind, Beschränkungen der Bewegungsfreiheiten oder jeder anderen Art höherer Gewalt; es sein denn, der Versicherte weist nach, dass der eingetretene Schadensfall nicht mit einem der vorgenannten Umstände in Zusammenhang steht.

3.1.10 Schadensfälle aufgrund von Bestrahlung infolge von nuklearer Transmutation oder Kernzerfall oder Radioaktivität sowie Schadensfälle infolge von biologischen oder chemischen Stoffen.

3.1.11 Schäden, die vorsätzlich vom Versicherten verursacht werden oder infolge seiner groben Fahrlässigkeit entstehen.

4. Zusatzbestimmungen

Bei Telefonanrufen, mit denen die Inanspruchnahme der hier genannten Versicherungsgarantien angefordert wird, ist der Name des Versicherten, die Nummer des Krankenversicherungsvertrags oder die Nummer der Gesundheitskarte, der Ort, an dem sich der Versicherte befindet, eine Telefonnummer zur Kontaktaufnahme und die Art der Hilfe, die benötigt wird, anzugeben.

Für eintretende Verzögerungen oder eine Nichterfüllung aufgrund von höherer Gewalt oder verwaltungstechnischer oder politischer Besonderheiten eines bestimmten Landes wird keine Haftung übernommen. Sollte ein direktes Eingreifen nicht möglich sein, werden dem Versicherten bei seiner Rückkehr nach Spanien oder falls erforderlich, sobald er sich in einem Land befindet, in dem die vorstehend genannten

Umstände nicht gegeben sind, die entstandenen Kosten für von der Versicherung gedeckte Leistungen nach Vorlage der entsprechenden Nachweise erstattet.

Medizinische Handlungen und ein Krankenrücktransport dürfen erst nach erfolgter Rücksprache zwischen dem Arzt des Krankenhauses, in dem sich der Versicherte befindet und der ihn behandelt, und dem Ärzteteam von DKV Seguros vorgenommen werden.

Hat der Versicherte Anspruch auf Erstattung des nicht in Anspruch genommenen Anteils seines Tickets, da er den durch die Versicherung gedeckten Rücktransport in Anspruch nimmt, hat er den Erstattungsbetrag an DKV weiterzugeben.

Die in den garantierten Deckungen festgelegten Entschädigungsleistungen sind in jedem Fall nur eine Ergänzung zu den Verträgen, die der Versicherte gegebenenfalls zur Deckung derselben Risiken abgeschlossen hat, sowie der Leistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung oder eines anderen kollektiven, der Gesundheitsversorgung dienenden Systems.

Die Rechte und Vorgehensweisen, die dem Versicherten zustehen aufgrund der Umstände, die zur Erbringung der Versicherungsleistung geführt haben,

gehen in Höhe der für die Leistungen bezahlten Summen auf DKV Seguros über.

Damit DKV Seguros die mit den vorgenannten Garantien verbundenen Leistungen erbringen kann, ist es unerlässlich, dass der Versicherte diese ab dem Zeitpunkt des Ereignisses unter der Telefonnummer +34 913 790 434 anfordert.

**Anhang II:
Ergänzende
Versicherungs-
dienstleistungen bei
vorübergehender
Arbeitsunfähigkeit
oder Krankenhaus-
aufenthalt, Unfällen
und Todesfällen**

Club DKV Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden)

Der Abschluss der Versicherung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausaufenthalt, Unfall oder Tod ermöglicht dem Versicherten den Zugang zu einem Modul von zusätzlichen Leistungen, die über den Versicherungsschutz hinausgehen.

Versicherte haben Zugang zu telefonischer Betreuung, zweiter ärztlicher Meinung bei schwerwiegenden Krankheiten und ermäßigten Zusatzleistungen im Bereich Gesundheit und Wohlbefinden (oder unter Erwerb eines Gutscheins zu vorteilhaften Preisen) über ein Netzwerk an Fachärzten und medizinischen Zentren namens DKV Club für Wohlbefinden und Gesundheit („DKV Club de Salud y Bienestar“).

Weitere Informationen über zusätzliche Dienste und den Zugriff darauf erhalten Sie in den Arztzentren und Anbietern des DKV Clubs Gesundheit und Wohlbefinden auf der Webseite www.dkvclubsalud.com, unter der Telefonnummer 900 810 670 oder in einer der Niederlassungen von DKV Seguros.

Der Versicherungsnehmer, bestätigt im Rahmen des 3. Artikels des Versicherungsvertragsrechts, dass er ein Exemplar der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und deren Anhänge erhalten hat, welche er durch seine Unterschrift anerkennt, und erteilt ausdrücklich sein Einverständnis mit den eingrenzenden und einschränkenden Klauseln, die in diesen enthalten sind, und insbesondere zu den Deckungsausschlüssen, welche im Abschnitt 3.1.7. der Krankenversicherung beschrieben sind; der Abschnitt 3.2.4 der Versicherung für Leistung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausaufenthalt; und Abschnitt 3.3.6 der Unfallversicherung, die ausdrücklich und gesondert hervorgehoben wurden und über deren Inhalt er Kenntnis, ihn gelesen und verstanden hat.

Der Versicherungsnehmer

Der Versicherte

Für DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.
Dr. Josep Santacreu
CEO

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line that curves upwards and then loops back down to cross itself, forming a stylized, abstract shape.

900 810 072 | dkv.es



Laden Sie die App
herunter



Telefonische Beratung
durch:

Fundación

INTEGRALIA DKV

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Verantwortungsvoll im Umgang mit
Ihrer Gesundheit, mit der Gesellschaft
und mit unserer Erde.



Gesundes Unternehmen



DKV, das von Versicherungsmaklern
am besten bewertete Unternehmen
im Sektor der individuellen Gesundheit.

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E. Torre DKV, Avda. María Zambrano 31,
50018 Zaragoza, eingetragen im Handelsregister der Provinz Saragossa,
Band 1.711, Bogen 214, Blatt Nr. Z-15.152, span. Steuer-ID CIF A-50004209.