



Bei diesem Schriftstück handelt es sich um die Übersetzung der spanischen Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit ausschließlich informativem Charakter. Rechtsgültig und verbindlich sind nur die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in spanischer Sprache.

DKV Mundisalud

Ich kann frei wählen, egal wo ich bin

Achten Sie gut auf Ihre Gesundheit

**VERSICHERUNGSPOLICE
DKV MUNDISALUD**

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

EINGEZAHLTES GRUNDKAPITAL: 66.110.000 EUR

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

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

Mod. RE CON-04308
Stand: Januar 2016

2DNP1.CG/02_V14a

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

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

Inhaltsverzeichnis

Seiten

WIR BEANTWORTEN IHRE FRAGEN	5
 PLAN DE VIDA SALUDABLE “VIVE LA SALUD” (Programm Gesundes Leben: “Es lebe die Gesundheit”)	17
 DKV Club Salud y Bienestar	22
1. Service-Leistungen von e-Salud	23
2. Zahnmedizinischer Service.....	26
3. Zusätzliche Premium Service-Leistungen.....	26
4. Netz von Vertragskliniken in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA)	32
5. Telefonisches Kundencenter	32
 VERSICHERUNGSVERTRAG: ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN	33
1. Einleitende Klausel	35
2. Grundkonzepte. Begriffsdefinitionen	37
3. Leistungsmodalitäten, Erweiterung und örtlicher Geltungsbereich der Versicherung.....	47
3.1 Gegenstand der Versicherung	47
3.2 Leistungsmodalitäten der Versicherung.....	48
3.3 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	49
3.4 Zugang zu den Versicherungsleistungen.....	49
3.5 Regressforderungsklausel und Abtretung von Rechten.....	52
4. Versicherungsumfang	53
4.1 Ambulante medizinische Erstversorgung	54
4.2 Notfallbehandlungen	54
4.3 Medizinische Versorgung durch Fachärzte und Fachchirurgen	55
4.4 Diagnostische Verfahren	58
4.5 Therapeutische Verfahren.....	60

4.6	Stationäre medizinische Versorgung.....	63
4.7	Zusätzliche Versicherungsleistungen	66
4.8	Exklusive Versicherungsleistungen	71
4.9	Auslandsreiseversicherung	72
5.	Einschränkungen der Leistungspflicht	73
6.	Wartezeiten	81
7.	Versicherungsleistungen gemäß vereinbarter Deckungsmodalität	83
7.1	DKV Mundisalud Classic Hospitalización	83
7.2	DKV Mundisalud Complet	85
7.3	DKV Mundisalud Plus	87
7.4	DKV Mundisalud Classic	89
7.5	DKV Mundisalud Élite.....	91
7.6	DKV Mundisalud Combinado.....	93
7.7	Ergänzende pauschale Rückerstattung bei stationärer medizinischer Versorgung.....	95
8.	Vertragsgrundlagen	97
8.1	Vertragsabschluss und Versicherungsdauer	97
8.2	Rechte und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen	98
8.3	Obliegenheiten von DKV Seguros	99
8.4	Versicherungsbeitrag	99
8.5	Verlust von Ansprüchen und Auflösung des Vertrages	101
8.6	Schriftliche Mitteilungen	101
8.7	Besondere Gesundheitsrisiken	102
8.8	Steuern und Abgaben	102
	ANHANG I: AUSLANDSREISEVERSICHERUNG	103
	ANHANG II: EXKLUSIVE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN BEI DKV MUNDISALUD IN DER VERTRAGSMODALITÄT EINZELVERSICHERUNG	111

Wir beantworten
Ihre Fragen

Anhand der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen erhalten Sie eingehende Informationen über den Vertragsrahmen, der bei Abschluss einer Versicherungspolice von DKV Seguros festgelegt wird.

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

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

Wir hoffen, dass sie Ihnen nützlich sind.

Zum Vertrag

Welche Dokumente sind Bestandteil des Versicherungsvertrages?

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

Was bedeuten die “Allgemeinen Versicherungsbedingungen”?

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

Welche Dokumente und Unterlagen erhalte ich bei Abschluss meiner Versicherung?

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

Überprüfen Sie, ob Ihre persönlichen Daten richtig übernommen wurden.

Was muss ich nach Erhalt dieser Unterlagen unternehmen?

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

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

Wir freuen uns, Ihnen behilflich sein zu können.

Muss die Verlängerung des Vertrages mitgeteilt werden?

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

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

Wie gehen wir mit den persönlichen Daten um?

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

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

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

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

Leistungsmodalität und Erweiterung der Versicherung

Wodurch zeichnet sich das Produkt "DKV Mundisalud" hauptsächlich aus?

Bei "DKV Mundisalud" handelt es sich um ein gemischtes System, bei dem Sie als versicherte Person frei entscheiden können, ob Sie:

- › Alle in der Police beschriebenen Versicherungsleistungen über das Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros in Anspruch nehmen wollen (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip) oder ob Sie
- › Ärzte oder medizinische Einrichtungen, die nicht unter das Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros fallen, frei wählen wollen.

Hier gilt das Erstattungsprinzip: der Kunde tritt in Vorleistung und erhält den Rechnungsbetrag zu den Prozentsätzen und bis zu den Höchstsätzen, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police dargestellt sind (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip), zurückerstattet.

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

Sie können frei unter den im Ärzte- und Klinikverzeichnis (Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros) aufgeführten Leistungserbringern wählen. Vor der Behandlung legen Sie zur Identifikation lediglich Ihre Versichertenkarte DKV Medi-Card® vor und, falls notwendig, eine Kostenübernahmegarantie (Autorisation).

Wie beantrage ich eine Kostenerstattung bei DKV Seguros?

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

Wie hoch ist die Erstattung bei der Inanspruchnahme nicht vertragsgebundener Leistungserbringer des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros? Welche %-sätze und Limitierungen sind in der Police festgelegt?

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

Wo gilt meine Versicherung?

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

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

Versichertenkarte DKV Medi-Card®

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

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

Wie hoch ist die Zuzahlung für jede ärztliche Behandlung?

Für die Nutzung des Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros müssen Sie nichts entrichten.

Was passiert in dem Fall, dass ich mich in vertragsgebundenen Einrichtungen des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros nicht mit meiner Versichertenkarte DKV Medi-Card® ausweise?

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

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

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

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

Wir lassen Ihnen eine neue Karte zukommen.

Wie kontaktiere ich DKV Seguros?

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

Kostenübernahme-Garantie (Autorisation)

Wann benötige ich eine Autorisation?

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

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

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

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

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

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

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

Beitragszahlung

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

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

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

Medizinische Leistungen

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

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

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

Ja, ab dem Tag, an dem Ihre Police in Kraft tritt. Ausgeschlossen hiervon sind diejenigen Leistungen, für die eine Wartezeit einzuhalten ist (vergleichen Sie Artikel 6 "Wartezeiten").

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

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

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

Ja, um dieses nichtmedizinische Fachgebiet innerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie eine entsprechende Autorisation beantragen.

Benötige ich eine Autorisation für eine Mammografie oder eine Panoramaschichtaufnahme?

Nein, Sie benötigen keine Autorisation. Es ist lediglich die schriftliche Verordnung von einem Arzt notwendig.

Wann kann ich einen Arzt nach Hause kommen lassen?

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

Auch Krankenschwestern bzw. -pfleger und MTA können auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung den Patienten zu Hause aufsuchen.

Werden vor Vertragsabschluss bestehende Krankheiten mit in den Versicherungsschutz aufgenommen?

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

Welche zahnmedizinischen Leistungen sind im Versicherungsschutz eingeschlossen?

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

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

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

Wie viele professionelle Zahnreinigungen deckt meine Police im Jahr ab?

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

Sind bei "DKV Mundisalud" Arzneimittel mit versichert?

Sie sind eingeschlossen im Fall einer Einweisung mit stationärem Aufenthalt, wenn das Modul "Stationär" abgeschlossen ist mit Ausnahme von biologischen Implantaten und als Medikamente eingesetzten Biomaterialien und der nicht in Artikel 4.7 "Chirurgische Implantate" detailliert aufgeführten. Außerdem werden in den Deckungsmodalitäten der medizinischen Vollversorgung "Classic" und "Élite" der Vertragsmodalität Einzelversicherung die Aufwendungen für ambulant verschriebene Arzneimittel zu 50 % bis zu einem Jahreshöchstbetrag von 100 EUR je versicherte Person erstattet, wenn sie von einem Arzt verschrieben wurden.

Ist die Epiduralanästhesie bei Geburten mit versichert?

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

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

DKV Seguros bietet Ihnen als versicherte Person die Möglichkeit, die refraktive Chirurgie mittels Excimer-Laser zur Korrektur von Fehlsichtigkeit in von DKV Seguros vertragsgebundenen Augenkliniken innerhalb Spaniens durchführen zu lassen.

Deckt “DKV Mundisalud” auch die klinische Psychologie ab?

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

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

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

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

Und die Familienplanung?

Ja, sowohl das Einsetzen eines Intrauterin-Pessars (**IUP-Spirale, ohne der Aufwendungen für die Spirale**), als auch die Eileiterunterbindung, der Verschluss der Gebärmutterhöhle mittels der Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung) und die Vasektomie (Durchtrennung der Samenstränge) sind im Versicherungsschutz eingeschlossen.

In den drei letzten Fällen, da es sich um chirurgische Eingriffe handelt oder wenn Prothesen benötigt werden, ist eine Wartezeit von sechs Monaten zu erfüllen.

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

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

Ist die medizinische Versorgung im Ausland mit versichert?

Außer in der Deckungsmodalität "DKV Mundisalud Combinado" werden Rechnungen für Behandlungen im Ausland zu einem Prozentsatz des Rechnungsbetrages der medizinisch notwendigen Leistungen und bis zu den Höchstgrenzen, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind, erstattet. Voraussetzung ist, dass Sie als versicherte Person mindestens neun Monate im Jahr in Spanien ansässig sind.

Weiterhin genießen Sie einen zusätzlichen Auslandsreiseschutz in allen Deckungsmodalitäten, der Ihnen eine medizinische Versorgung für max. 180 Tage je Reise oder Aufenthalt **im Falle einer plötzlichen Erkrankung (Notfall) oder eines Unfalls** während einer Auslandsreise gewährleistet (vergleichen Sie Anhang I).

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

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

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

Einweisung zu stationären medizinischen Versorgung

Was muss ich bei einer geplanten stationären Behandlung beachten?

Eine geplante stationäre Behandlung in einer im Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" unter Vertrag stehenden Klinik muss vorher von DKV Seguros autorisiert werden (informieren Sie sich im Artikel Autorisierungen zu "Wir beantworten Ihre Fragen", welche medizinischen Leistungen eine vorherige Autorisation erfordern).

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

Erfolgt eine Einweisung in eine private nicht im "Red DKV de Servicios Sanitarios" vertragsgebundene Klinik, ist eine vorherige Autorisation nicht notwendig. Zur Bearbeitung Ihres Erstattungsantrages benötigen wir die angefallenen Rechnungen, die ärztliche Einweisung und den Arzt- und Entlassungsbericht.

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

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

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

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

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

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

Anregungen und Beschwerden

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

Anregungen oder Beschwerden können schriftlich an unsere Geschäftsstellen oder an unsere Kundenbetreuung gerichtet werden. Hierzu müssen Sie sich auf dem Postweg an folgende Adresse unserer Hauptverwaltung wenden: Torre DKV, Avenida María Zambrano, 31, (50018 Zaragoza), oder Sie wenden sich an uns unter einer der folgenden Telefonnummern 902 499 499 | 913 438 596 | 934 797 539, per Fax unter 976 28 91 35 oder per E-Mail an: defensacliente@dkvseguros.es.

Ebenso können Sie Ihre Beschwerde beim Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros (Beauftragter der spanischen Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen) mit Sitz Paseo de la Castellana 44 in 28046 Madrid einreichen.

Bitte beachten Sie, dass Beschwerden beim Beauftragten der spanischen Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen in spanischer Sprache eingereicht werden müssen.

In jedem Fall ist vorher eine Beschwerde an die Kundenbetreuung Atención al Cliente von DKV Seguros zu richten (vergleichen Sie die detaillierte Information über den Verfahrensablauf im Artikel "Einleitende Klausel").

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

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

a) Die Ziele dieser Programme sind:

- › Sich gesunde Lebensführung anzueignen
- › Bereits angemessene und angenommene Lebensgewohnheiten zu festigen
- › Schulung in Vorbeugung der Risikofaktoren bei Krankheiten
- › Frühzeitige Erkennung von Krankheiten und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen
- › Über einen persönlichen medizinischen Rat zu verfügen, Festlegung eines persönlichen Gesundheitsplans mit konkreten Zielen und kontinuierlicher Unterstützung, diesen zu erreichen.
- › Vermitteln von effektiven Früherkennungsmaßnahmen

- › Ein gesundes Leben zu führen und Komplikationen vorhersehen, wenn bereits ein Gesundheitsproblem existiert

Um dieses zu erreichen, werden folgende Maßnahmen zur Verfügung gestellt:

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Brustkrebsvorsorge.

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

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

9. Prävention von Gebärmutterhalskrebs:

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

10. Prävention von Darmkrebs:

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

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

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

c) Zugang:

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

Weitere Informationen zu diesen Programmen erhalten Sie **unter einer unserer nachfolgenden Telefonnummern:**

**902 499 499 | 913 438 596 |
934 797 539.**

DKV Club Salud y Bienestar

Der Abschluss der Krankenversicherung “DKV Mundisalud” sowohl in den Vertragsmodalitäten Einzel- als auch Gruppenversicherung gibt der versicherten Person Zugang zu zusätzlichen Service-Leistungen des DKV Club Salud y Bienestar, abweichend von der Versicherungsdeckung, wie im folgenden beschrieben.

Die Einzelheiten für den Zugang zu diesen Service-Leistungen finden Sie auf der Internetseite

www.dkvclubdesalud.com

veröffentlicht, oder Sie können diese telefonisch unter den Telefonnummern, die in den Ärzte- und Klinikverzeichnissen genannt sind, erfragen.

1. Service-Leistungen von e-Salud Medizinische Fernbetreuung

1.1 Beratungsservice 24 Stunden

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

1.2 DKV Arztberatungsservice 24 Stunden

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

1.3 Medizinischer 24 Stunden Telefonservice “Kinderkrankheiten”

Telefonischer Beratungsservice, bei dem ein angesehenes Team von Ärzten oder hoch spezialisierten Kinderärzten den versicherten Personen von DKV Seguros Rat und Antworten auf alle Fragen im Hinblick auf Krankheitssymptome, Gesundheitsprobleme, die versicherte Personen unter 14 Jahre betreffen, gibt.

1.4 Medizinischer Telefonservice “Übergewicht bei Kindern”

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

1.5 Medizinischer Telefonservice “Schwangerschaft”

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

1.6 Medizinischer Telefonservice “Frauenkrankheiten”

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

1.7 Medizinischer Telefonservice “Sportmedizin”

Dieser Service bietet den versicherten Personen von DKV Seguros telefonischen Rat bezogen auf Sportmedizin durch Experten in Sportmedizin, Ärzte oder Ernährungsberater und stellt entsprechende Informationen zur Verfügung, er beseitigt Zweifel zur Prävention von Verletzungen, gibt Auskunft über angemessene sportliche Betätigung und bei den Krankheitsgeschehen, bei denen sportliche Betätigung Teil der ärztlich verordneten Therapie ist.

1.8 Medizinischer Telefonservice “Ernährungsberatung”

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

1.9 Medizinischer Telefonservice “Tropenmedizin”

Dieser Service stellt den bei DKV Seguros versicherten Personen medizinischen Rat telefonisch oder per Internet zur Verfügung, um Informationen zu geben und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome, Ergebnisse von Diagnosen, allgemeiner Gesundheitsprobleme, über Prophylaxe und spezieller Arzneimittel bei Auslandsreisen, aufzuklären.

1.10 Medizinischer Telefonservice “Psychologische Unterstützung”

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

1.11 Virtueller Arzt DKV

Medizinischer Beratungsservice per Internet

Dieser Service verschafft den bei DKV Seguros versicherten Personen medizinische Beratung per Web-Site (www.dkvseguros.com) und E-Mail, verschafft Informationen, um Sorgen und Zweifel hinsichtlich Ergebnisse diagnostischer Proben, allgemeiner Gesundheitsprobleme oder über Arzneimittel aufzuklären.

Beratungsservice bei “Schweren Erkrankungen”

1.12 Ärztliche Zweitmeinung

Innerhalb dieses Services hat die versicherte Person oder ihr Arzt im Falle einer schweren Erkrankung kostenfrei Zugang zur Beratung und ärztlicher Zweitmeinung durch die besten Spezialisten der Welt.

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

1.13 Zweitmeinung bei bioethischen Fragen

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

2. Zahnmedizinischer Service

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

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

3. Zusätzliche Premium Service-Leistungen

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

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

> Direktzugang zur Service-Leistung:

die versicherte Person sucht in der Web-Seite www.dkvclubdesalud.com die Preise der verfügbaren Zentren oder Leistungserbringer, vereinbart selbst einen Termin mit dem Leistungserbringer und identifiziert sich bei Ankunft im Zentrum mit ihrer Versichertenkarte oder der Versicherungsnummer von DKV Seguros. Dies ist notwendig, damit der Leistungserbringer den Spezialpreis des DKV Club Salud y Bienestar berechnet. Letztendlich zahlt die versicherte Person für die Service-Leistung direkt an den Leistungserbringer.

> **Zugang mit Rabattgutschein:** Auf der anderen Seite, um einige Service-Leistungen des **“DKV Club Salud y Bienestar”** in Anspruch nehmen zu können, ist es notwendig, im voraus einen Rabattgutschein zu erwerben. Dies kann entweder über die Web-Seite www.clubdesalud.com, telefonisch unter **902 499 150** oder direkt in jeder Geschäftsstelle von DKV Seguros erfolgen.

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

3.1 Service-Leistungen zur Förderung der Gesundheit

3.1.1 Service-Leistung Wellness: Kurzentren und städtische Kurzentren

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

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

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

3.1.2 Fitness-Studios

Zugang zu den im **“Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar”** eingeschlossenen Fitness-Studios mittels eines Rabattgutscheins zu vorteilhaften Bedingungen.

3.1.3 Diätetische Ernährungsberatung

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

3.2 Präventive Service-Leistungen

3.2.1 Vorhersagende genetische Studien

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

3.2.2 Programm zur Nikotinentwöhnung

Zugang zu wirtschaftlich vorteilhaften Bedingungen mittels eines Rabattgutscheins zu einem neuartigen Service, um das Rauchen mittels verschiedener Techniken aufzugeben.

3.2.3 Kryokonservierung in Datenbanken für Stammzellen aus dem Nabelschnurblut

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

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

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

dies bei der Behandlung von Narben nach großflächigen Verbrennungen, Geschwüren im Augenbereich und Knochenbrüchen, die nicht konsolidiert sind, nötig ist.

3.2.5 Biomechanische Studie für den korrekten Gang

Dieser Service mittels Rabattgutscheins stellt den versicherten Personen ein Vertragsnetz von Podologen zur Verfügung, die spezialisiert sind im Design und der Herstellung von personalisierten Einlagen und laufenden Kontrollen und Garantien.

3.3 Medizinische kosmetische oder ästhetische Service-Leistungen

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

DKV Seguros stellt ihren versicherten Personen über den Erwerb von Rabattgutscheinen ein Netz von speziellen Augenkliniken zur Verfügung, die sich auf mit Laser zu behandelnden Refraktions-Fehlstellungen (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit sowie bei Hornhautverkrümmung) spezialisiert haben, zu wirtschaftlichen günstigen Konditionen.

3.3.2 Laser-Chirurgie der Alterssichtigkeit

Die Alterssichtigkeit, die als Augenbelastung bekannt ist, ist eine Sehstörung, die in der Regel zwischen dem 40. und dem 45. Lebensjahr eintritt und in einer Verminderung der Fähigkeit des Auges, sich auf Nahsicht anzupassen, besteht. DKV Seguros stellt ihren versicherten Personen den Zugang zu einem Netz von auf die chirurgische Korrektur mittels Implantierung von intraokularen Linsen spezialisierte Augenkliniken durch den Erwerb eines Rabattgutscheins zu wirtschaftlich vorteilhaften Konditionen zur Verfügung.

3.3.3 Ästhetische Schönheitschirurgie

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

3.4 Ergänzende medizinische Service-Leistungen

3.4.1 Behandlung zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung

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

3.4.2 Alternative Therapien

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

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

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

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

3.4.3 Psychologie

Zugang zu den Psychologen des Netzes “Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar” mit Spezialpreisen zur Realisierung von psychologischen Tests oder psychischen Messungen und/oder klinische psychologische Beratung, **wenn die Höchstanzahl von Sitzungen pro Jahr und versicherte Person überschritten ist (Zusammenfassung der Sitzungen außerhalb und innerhalb des Vertragsnetzes), wie sie in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police dargestellt sind.**

3.4.4 Beratung von medizinischen Fachkräften, diagnostische Methoden und/oder ambulante Behandlungen

Bei **DKV Mundisalud Hospitalización** haben Sie nach vorheriger Identifikation mit Ihrer Versichertenkarte DKV Medi-Card® Zugang zu den speziellen Preisen des DKV Club Salud y Bienestar für die medizinischen Leistungen, die in dieser Deckungsmodalität nicht gedeckt sind (vergleichen Sie Einzelheiten, indem Sie die Web-Seite www.dkvclubdesalud.com besuchen).

3.5. Service-Leistungen zur persönlichen Selbstbeobachtung

3.5.1 Hörgesundheit

Verschafft die Durchführung eines Hörtests mittels des Erwerbs eines Rabattgutscheins im Netz der Hörzentren des DKV Club Salud y Bienestar und den Einkauf von Hörgeräten zu wirtschaftlich vorteilhaften Bedingungen.

3.5.2 Haargesundheit

Dieser Service ermöglicht mittels eines Rabattgutscheins den Zugang zu einer personalisierten Diagnose und schließt die Anbringung von Haarprothesen oder Perücken bei Patienten der Onkologie ein, stellt die am weitesten fortgeschrittenen Behandlungen zur Verfügung, um den fortschreitenden Verlust des Haares oder des Haarausfalls zu vermeiden sowie die Haarverpflanzung und Anbringung von Implantaten durchzuführen.

3.5.3 Service-Leistungen optische Einrichtungen

Die versicherte Person kann mittels des Erwerbs eines Rabattgutscheins bedeutende Nachlässe im Netz der optischen Einrichtungen des Red de ópticas DKV Club Salud y Bienestar, erlangen, um Sehhilfen (Brillenfassungen und Brillengläser), Kontaktlinsen und Hygiene- und Reinigungsmittel zu erwerben.

3.5.4 Service-Leistungen orthopädische Einrichtungen

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

3.5.5 Online Drogerie

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

3.6 Service-Leistungen der Heilgymnastik oder Rehabilitation

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

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

3.6.2 Therapie des Schlafapnoe Syndroms

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

3.6.3 Programm Training oder Rückbildung des Beckenbodens

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

4. Netz von Vertragskliniken in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA)

Über diesen Service steht den versicherten Personen von "DKV Mundisalud" ein umfassendes Netz von vertragsgebundenen Kliniken in den Vereinigten Staaten für geplante stationäre medizinisch-chirurgische Aufenthalte zur Verfügung.

Möchten unsere Kunden eine dieser vertragsgebundenen Kliniken in den Vereinigten Staaten aufsuchen, müssen sie nach vorheriger Autorisation durch DKV Seguros nicht für den gesamten Rechnungsbetrag in Vorleistung treten, sondern sie müssen lediglich den Betrag bezahlen, der nicht durch die Police abgedeckt ist. Die restlichen Aufwendungen werden direkt von DKV Seguros übernommen.

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

5. Telefonisches Beratungszentrum

Anfragen, Informationen und Autorisierungen

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen

1.

Einleitende Klausel

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

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

Vertragsbestandteile sind:

- › Versicherungsantrag
- › Gesundheitserklärung
- › Allgemeine Versicherungsbedingungen
- › Besondere Versicherungsbedingungen
- › Spezielle Versicherungsbedingungen (die hierzu ausgefertigt werden)
- › Zusatzvereinbarungen und Nachträge

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

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

An jede Geschäftsstelle von DKV Seguros oder an den Kundendienst von DKV Seguros:

Die Beschwerden können an unsere Kundenbetreuung gerichtet werden. Hierzu müssen Sie sich auf dem Postweg an folgende Adresse unserer Hauptverwaltung wenden: Torre DKV, Avenida María Zambrano, 31, 50018 Zaragoza, oder Sie wenden sich an eine unserer folgenden Telefonnummern 902 499 499 | 913 438 596 | 934 797 539, per Fax unter 976 28 91 35 oder per E-Mail an: defensacliente@dkvseguros.es.

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

Wird seine Beschwerde nicht innerhalb der angegebenen Frist von zwei Monaten beantwortet, oder ist die versicherte Person mit dem Lösungsvorschlag von DKV Seguros nicht einverstanden, kann sie dem “Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros” (Beauftragter der spanischen Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen) mit Sitz Paseo de la Castellana 44 in 28046 Madrid ihre der DKV Seguros zuvor vorgelegte Beschwerde einreichen.

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

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

2.

Grundkonzepte. Begriffsdefinitionen

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

A

Ambulante chirurgische Eingriffe

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

Angeborene Krankheiten, Miss- oder Fehlbildungen bzw. Defekte

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

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

Antiangiogenesefaktoren

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

Arzt

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

Arzthonorare

Honorare für medizinisches Fachpersonal, die für chirurgische Eingriffe und / oder stationäre Behandlungen erhoben werden.

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

B

Begrenzungsklausel

Dies ist ein im Versicherungsvertrag festgelegtes Übereinkommen, mit dem der Umfang des Versicherungsschutzes begrenzt wird oder er ausgeschlossen ist, wenn ein bestimmtes Risikoereignis eintritt.

Beitrag

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

Biologisches Material

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

C

Chirurgischer Eingriff

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

Chirurgische Eingriffe mit kurzem stationären Aufenthalt

Alle chirurgischen Eingriffe, die mit einem stationären Aufenthalt von max. 48 Stunden verbunden sind.

Chirurgische Prothese

Medizinische Produkte, die vorübergehend oder dauerhaft eingepflanzt, ein fehlendes, krankes oder nicht normal funktionierendes Körperorgan ersetzen oder seine körperliche Funktionsfähigkeit ganz oder teilweise unterstützen.

D

DKV Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios”

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

E

Enzyminhibitor

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

F

Frühgeburt und vorzeitige Entbindung

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

G

Gesundheitsfragebogen

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

Genetische Therapien

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

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

H

Hilfsmittel

Mittel, künstliche Gliedmaßen und Geräte, die nach ärztlicher Verordnung und Bezug aus Apotheken, von Optikern, aus Sanitätshäusern oder ähnlichen Bezugsquellen zur Heilung von Wunden und Verletzungen oder zur Vorbeugung und Korrektur von Missbildungen des menschlichen Körpers dienen.

I

Implantate

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

Immuntherapie oder biologische Therapie

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

Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT)

Es handelt sich um eine Strahlentherapie, die mit Hilfe des Computers und einer Planungs-Software dreidimensionale Bilder erstellt und erlaubt, die Größe und Gestalt der Geschwulst zu lokalisieren und sichtbar zu machen sowie das Richten des Strahlenbündels von einem Linearbeschleuniger in unterschiedlichen Winkeln, um die Bestrahlung mit unterschiedlicher Intensität darauf zu konzentrieren und die Strahlendosis, die die gesunden angrenzenden Gewebe abbekommen, zu begrenzen. Bekannt auch unter RIM.

K

Kardiologische Rehabilitation

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

Klinische Psychologie

Medizinischer Zweig bzw. medizinisches Fachgebiet der Psychologie, welcher/s sich mit der Behandlung und Rehabilitation von Verhaltensstörungen beim Menschen befasst.

Klinischer Psychologe

Auf klinische Psychologie spezialisierter, examinierter Psychologe.

Krankenhaus oder Klinik

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

Krankheit oder Verletzung

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

L

Lebensbedrohlicher Notfall

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

Leitfaden klinischer Praxis N.I.C.E.

Das nationale Institut für Gesundheit und klinische Exzellenz ist ein gemeinnütziges öffentliches Organ, das im Jahr 1999 gegründet wurde und dem Gesundheitsministerium des Vereinigten Königreichs untersteht. Es ist zuständig, **dem Personal, das mit dem Sektor Gesundheit verbunden ist, Informationen und Orientierung zu den Themen Prävention und Krankheitsbehandlung zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus werden Empfehlungen zur wissenschaftlichen Evidenz von verfügbaren Therapien (Sicherheit und Kosten-Nutzen-Effekt) und bestimmter Technologien im Bereich Gesundheit und von Medikamenten (einschließlich Radiopharmaka und antitumorale oder onkologische)** ausgegeben. Die Leitfäden über klinische Praxis von NICE sind als weltweit renommiert anerkannt und die am weitesten entwickelten. Aus diesem Grunde wurden sie als **Referenzleitfaden zur Bewertung der Effizienzkriterien in der onkologischen Chemotherapie** ausgewählt, weil ihre Empfehlungen auf Artikel von höchstem Niveau der Evidenz basieren und nicht in Veröffentlichungen von Expertengruppen oder sonstigen Konventionen.

“Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den besonderen Versicherungsbedingungen

Schriftliches Dokument als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen, das zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Vertragsbestandteil ist und gemeinsam überreicht wird. Es beschreibt die Deckungen und Limitierungen des Versicherungsschutzes, den der Versicherungsnehmer abgeschlossen hat.

M

Medikamente

Zu therapeutischen Zwecken verabreichter Wirkstoff oder zusammengesetzte Substanzen durch Einnahme oder zur äußeren Anwendung. Ausgeschlossen sind Nahrungsergänzungen, Aufbaupräparate, natürliche Mineralwässer sowie Kosmetik-, Körper-, Hygiene- und Hautpflegeprodukte und Badezusätze.

Medizinische Hochtechnologie

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

Medizinische Vollversorgung

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

Medizinische Vorgeschichte

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

Modalität Einzelversicherung

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

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

Modalität Gruppenversicherung

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

N

Neugeborenenversorgung

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

Nichtstationäre medizinische Versorgung

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

Die große ambulante Chirurgie fällt nicht hierunter.

Nicht vertragsgebundene Leistungserbringer (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip)

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

O

Orthopädisches Material und Orthesen

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

Osteosynthesematerial

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

P

Police

Versicherungsvertrag. Dokument, das die Allgemeinen Bedingungen, die Besonderen Bedingungen, die Speziellen Bedingungen, die Zusatzvereinbarungen oder Nachträge zur Ergänzung oder Modifikation enthält.

Der Versicherungsantrag und der Gesundheitsfragebogen sind Bestandteil der Police.

Psychotherapie

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

R

Radikale Chirurgie oder Onkologie

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

Regenerative Medizin

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

Rehabilitation

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

Roboterchirurgie oder durch Computer unterstützte Chirurgie

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

S

Schmerztherapie

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

Selbstbeteiligung

Der in der Police ausdrücklich vereinbarte Betrag, der vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person selbst zu tragen ist, bevor die Leistungspflicht von DKV Seguros einsetzt.

Spezialstation

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

Spiralförmige Strahlentherapie oder Tomotherapie

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

Stationäre medizinische Versorgung

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

Stationärer 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 objektive medizinische Krankheitsgeschehen zurückzuführen sind, sondern sozialen oder familiären Hintergrund haben. Diese Fälle sind nicht durch die Police abgedeckt.

Stationärer Aufenthalt zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung

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

Mit im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die allgemeinen Krankenhauskosten während des Aufenthalts und die aus der medizinisch-chirurgischen Behandlung resultierenden Aufwendungen für Arzthonorare und etwaige Kosten für Prothesen, falls notwendig.

Synthetisches oder natürliches Material

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

Zu regenerativen Zwecken verwandte Zelltransplantate sind hierbei eingeschlossen.

U

Unanfechtbarkeit der Police

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

Unfall

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

V

Verkehrsunfall

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

Versicherer

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E.

Versicherte Person

Person, die medizinische Leistungen in Anspruch nimmt.

Versicherungsantrag

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

Versicherungsmathematisches Alter

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

Versicherungsmedizinischer Zuschlag

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

Versicherungsnehmer

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

Vertragsgebundene Leistungserbringer (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip)

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

Vorerkrankung

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

W

Wartezeit

Der Zeitraum ab Inkrafttreten der Versicherung, in dem bestimmte im Versicherungsschutz eingeschlossene Leistungen noch nicht in Anspruch genommen werden können.

Z

Zytostatikum

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

3.

Leistungsmodalitäten, Erweiterung und örtlicher Geltungsbereich der Versicherung

3.1 Gegenstand der Versicherung

Mit dieser Police garantiert der Versicherer, DKV Seguros den versicherten Personen im Rahmen der Limitierungen dieser Allgemeinen, der Besonderen und der Speziellen Versicherungsbedingungen und der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang dazu und aufgrund der Angaben im Gesundheitsfragebogen, dass sie die medizinisch-chirurgischen und stationären Leistungen in den beschriebenen Fachrichtungen bei Erkrankungen und Verletzungen gewährt, wenn der entsprechende Beitrag entrichtet wurde.

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

1. Studien zur Gültigkeit über die Sicherheit und Wirksamkeit durch einen positiven Bericht durch die spanischen Behörden zur Bewertung der medizinischen Technologien (Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias) der jeweiligen Gesundheitsministerien der Autonomen Regionen oder durch den Gesundheitsminister mittels eines Berichts positiv anerkannt werden.

2. Sie ausdrücklich in Artikel 4 "Versicherungsumfang" der Allgemeinen Geschäftsbedingungen aufgeführten Behandlungsmethoden eingeschlossen sind.

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

3.2 Leistungsmodalität der Versicherung

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

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

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

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

Dieses Recht auf freie Arzt- und Klinikwahl befreit DKV Seguros von der direkten, solidarischen oder subsidiären Haftung für nicht vertragsgebundene Leistungserbringer, über die sie aufgrund des Berufsgeheimnisses, der Datenschutzbestimmungen und des Verbotes von unerlaubter Berufsausübung von Dritten im medizinischen Bereich keinerlei Kontrolle hat.

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

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

3.3 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

In der Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip kann die versicherte Person medizinische und chirurgische Leistungen (ambulant und stationär) in ganz Spanien in jeglicher Deckungsmodalität in Anspruch nehmen.

In der Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip - mit Ausnahme in der Deckungsmodalität "DKV Mundisalud Combinado", deren Geltungsbereich auf das spanische Territorium begrenzt ist - gilt für alle Deckungsmodalitäten des Produktes "DKV Mundisalud" weltweiter Versicherungsschutz, d.h. die versicherte Person kann alle Ärzte, Chirurgen und medizinischen Einrichtungen außerhalb des medizinischen Netzwerkes "Red DKV de Servicios Sanitarios" in Anspruch nehmen, vorausgesetzt, dass sie neun Monate im Jahr in Spanien ansässig ist.

Wird dieser Wohnsitz außerhalb Spaniens verlegt, gilt der Versicherungsschutz lediglich bis zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres.

3.4 Zugang zu den Versicherungsleistungen

Spezielle Regelung zur Inanspruchnahme der vertragsgebundenen Leistungserbringer.

Versorgung innerhalb des Vertragsnetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios":

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

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

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

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

c) Im Rahmen dieser Versicherung gilt ein Schadenfall als gemeldet, wenn die versicherte Person eine medizinische Leistung beantragt oder eine Autorisation für die Inanspruchnahme eines vertragsgebundenen Leistungserbringers von DKV Seguros beantragt.

d) Rechnungen von vertragsgebundenen Leistungserbringern des "Red DKV de Servicios Sanitarios" erstattet DKV Seguros in keinem Fall zurück. Ebenso werden Aufwendungen für Leistungen in keinem Fall von DKV Seguros übernommen, wenn nicht vorher die entsprechend notwendige Autorisation ausgestellt wurde.

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

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

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

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

Unbeschadet der vorherigen Absätze müssen bei Notfällen entweder durch die versicherte Person selbst oder durch eine andere Person in ihrem Namen die jeweiligen Umstände glaubhaft innerhalb von 72 Stunden nach Einlieferung in das Krankenhaus oder nach der Notfallbehandlung bei DKV Seguros gemeldet und die Autorisation eingeholt werden.

Bei einem lebensbedrohlichen Notfall übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen bis zu dem Zeitpunkt, an dem die ambulante oder stationäre Behandlung aufgrund entsprechender Einwendungen nicht mehr durch die Police abgedeckt ist, selbst entgegen ärztlicher Anweisung.

f) Autorisationen können telefonisch im Kunden-Center unter einer der nachfolgenden Telefonnummern 902 499 499 | 913 438 596 | 934 797 539, per Fax unter 902 499 000, per Internet www.dkvseguros.com oder bei unseren Geschäftsstellen beantragt werden.

Spezielle Regelung zur Inanspruchnahme der nicht vertragsgebundenen Leistungserbringer (Kostenerstattung).

Versorgung außerhalb des DKV Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios”:

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

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

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

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

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

c) Die Erstattung von Aufwendungen erfolgt folgendermaßen:

- › Nach Einreichen des Erstattungsformulars mit Originalarztberichten und Originalrechnungen über die erfolgte Behandlung erstattet DKV Seguros die angefallenen Aufwendungen entsprechend dem Prozentsatz und den Begrenzungen in den Allgemeinen und/oder Besonderen Versicherungsbedingungen in Verbindung mit der anhängenden “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen”.
- › Der Erstattungsbetrag wird auf das vom Versicherten benannte Konto überwiesen. Diese Überweisungsart ist rechtskräftig und befreit DKV Seguros von weiteren Pflichten.
- › Die Erstattung von Rechnungen, die in anderen Währungen / Devisen vom Versicherten bezahlt werden, erfolgt in Spanien in EUR zu dem Tageskurs, an dem die Rechnung bezahlt wurde.

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

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

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

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

3.5 Regressforderungsklausel und Abtretung von Rechten

Nach Zahlung der Erstattung von Aufwendungen oder nach Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung ist DKV Seguros dazu berechtigt, Rechtsansprüche der versicherten Person an Dritte, die für den eingetretenen Schadensfall haften, in Höhe des gezahlten Schadensersatzes geltend zu machen.

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

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

4.

Versicherungsumfang

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

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

a) Ambulante Heilbehandlung

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

Außerdem ausdrücklich eingeschlossen sind folgende Gebiete:

- › Die spezifischen Vorsorgeprogramme - wie im Artikel 4.7 detailliert aufgeführt (einschließlich Geburtsvorbereitungsprogramme)
- › Die klinische Psychologie
- › das Einsetzen einer IUP – Spirale
- › Logopädie und Phoniatrie

› Die kleine ambulante Chirurgie entspricht den chirurgischen Gruppen O bis I (Grupos Quirúrgicos O y I) der Klassifikation (“Clasificación terminológica y codificación de actos y técnicas médicas”) der spanischen Ärztekammer OMC (Organización Médica Colegial de España), die durch Ärzte ausschließlich in der Arztpraxis durchgeführt wird. Es gibt einen Zugang zur Gesamtliste aller chirurgischen Eingriffe innerhalb dieser Gruppen mittels der letztgültigen Version der Klassifikation der OMC auf der Internetseite <http://www.cgcom.org>.

› Schlafdiagnostik oder Polychromografie

› Schmerztherapie, zur Behandlung von chronischen Schmerzen

b) Stationäre Heilbehandlung

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

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

- Gemäß der abgeschlossenen Deckungsmodalität:

4.1 Ambulante medizinische Erstversorgung

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

Kinderheilkunde und

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

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

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

Transport im Krankenwagen:

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

Ebenso im Versicherungsschutz eingeschlossen sind Transporte im Inkubator.

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

4.2 Notfallbehandlungen

Häusliche medizinische Versorgung:

In begründeten Fällen und nur in den Ortschaften, wo DKV Seguros diesen Service vertraglich vereinbart hat, wird der medizinische Service zuhause durch spezielle Leistungserbringer durchgeführt. Dies schließt die Allgemeinmedizin, die Kinderheilkunde, die Krankenpflege und - wenn notwendig - auch den Transport im Krankenwagen ein.

In dringenden Notfällen muss sich die versicherte Person an den ständigen Notfallservice, den DKV Seguros eingerichtet hat, wenden.

Ambulante Notfallbehandlung:

ambulante Notfallversorgung in einer medizinischen Einrichtung, die über einen 24-Stunden Notfalldienst verfügt.

Notfallbehandlung im Krankenhaus:

ambulante Notfallversorgung in einem Krankenhaus oder einer Klinik.

4.3 Medizinische Versorgung durch Fachärzte und Fachchirurgen

Allergologie und Immunologie.

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

Anästhesie und Reanimation. Inklusive der Epiduralanästhesie.

Angiologie und Gefäßchirurgie**Verdauungsapparat****Kardiologie und Kreislaufsystem.**

Inklusive der kardiologischen Rehabilitation nach akutem Myokardinfarkt.

Kardiovaskularchirurgie**Allgemeine Chirurgie und Chirurgie des Verdauungsapparates.**

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

Mund- und Kieferchirurgie**Kinderchirurgie****Plastische und wiederherstellende Chirurgie.**

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

Eingriffe zu ästhetischen Zwecken sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, sofern es sich nicht um die:

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

2. Operative Brustverkleinerung bei Frauen über 18 Jahren mit Gigantomastie (über 1500 Gramm oder ml Volumen in jeder Brust) handelt: Wenn die Distanz zwischen der Brustwarze und dem oberen Brustbein 32 cm überschreitet, mindestens 1000 Gramm jeder Brust entfernt werden müssen und der Körpermassenindex (BMI) gleich oder kleiner als 30 ist.

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

Periphere Gefäßchirurgie: Inklusive der endoluminalen Lasertherapie im Operationssaal zur Behandlung von Krampfadern, **außer in den in Artikel 5.f** ("Einschränkungen der Leistungspflicht") dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen detailliert aufgeführten Fällen.

Medizinisch-chirurgische Dermatologie: sie umfasst die ambulante UVB-Fototherapie mit Schmalband (NB-UVB) bei den Gesundheitsstörungen, die in Artikel 4.5 ("Therapeutische Verfahren") der Allgemeinen Versicherungsbedingungen dargestellt sind.

Endokrinologie und Ernährung

Geriatric (Altersheilkunde)

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

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

Hämatologie und Hämotherapie

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

Innere Medizin

Nuklearmedizin

Nephrologie (Behandlung von Nierenkrankheiten)

Neonatalogie (Behandlung von Früh- und Neugeborenen)

Pneumologie – Atmungsapparat: schließt die häusliche Therapie des ersten obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (SAHOS) ein (vergleichen Sie Artikel 4.5 "Therapeutische Methoden" dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Neurochirurgie

Neurologie

Obstetrik. Umfasst die Kontrolle während der Schwangerschaft und die Geburtshilfe.

Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist der Triple-Test oder EBA-Test (kombinierter Test im ersten Quartal) und die Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) oder Chorionbiopsie mit Erlangung des chromosomalen Karyotyps zur Diagnose der Fehlbildungen des Fötus bis zu einem Höchstbetrag je versicherte Person und Jahr, der sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt als Summe der vorher genannten Konzepte, wenn die versicherte Person die Leistungsmodalität Kostenerstattung außerhalb des Netzwerkes “Red DKV de Servicios Sanitarios” benutzt.

Darüber hinaus ist eingeschlossen **der vorgeburtliche genetische Test des mütterlichen Blutes auf Trisomie 21 (Down) 18 (Edwards) und 13 (Patau) in Fällen von Risikoschwangerschaften, Mehrfachschwangerschaften und bei wiederholten Fehlgeburten (zwei oder mehr) unbekannter Ursache und wenn der kombinierte Test des ersten Quartals positiv ist (mit der Gefahr einer Anomalie beim Fötus von 1/250) bis zu einem Höchstbetrag je versicherte Person und Jahr, der sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt.**

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

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

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

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

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

Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde:

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

Proktologie. Inklusive Laser-Chirurgie bei rektalem und hämorrhoidalem Krankheitsgeschehen.

Psychiatrie. Hauptsächlich Behandlungen auf Grundlage der Neurobiologie.

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

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

Rheumatologie**Traumatologie / Unfallchirurgie.**

Inklusive der Arthroskopie, perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse.

Urologie. Inklusive chirurgischem Holmium-Laser in der urologischen Chirurgie, bei Gallensteinleiden, stenotisch oder bei Tumoren, der grüne Laser (KTP und HPS), Diode, Holmium oder Thulium für die chirurgische Behandlung der gutartigen Prostatahyperplasie in nationalen Referenzzentren, die Wiederherstellung des Beckenbodens wegen Harnflusses, die Vasektomie (Sterilisation des Mannes) sowie die Untersuchung auf Zeugungsfähigkeit.

4.4 Diagnostische Verfahren

Diagnostische Verfahren bedürfen einer vorherigen ärztlichen Verordnung, aus der der Grund für die jeweilige Untersuchung hervorgeht. Kontrastmittel sind im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Laboruntersuchungen. Anatomische Pathologie und Zytopathologie

Radiodiagnostik. Inklusive aller gewöhnlichen Verfahren der diagnostischen Radiologie wie allgemeine Radiologie, Computertomografien, Kernspintomografien und Knochendensitometrie (Knochendichtemessung).

Endoskopien. Untersuchungen des Verdauungsapparates; zur Diagnostizierung oder therapeutischen Behandlung.

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

Fiberbronchoskopie. Diagnostizierung oder therapeutische Behandlung.

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

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

Neurophysiologie. Elektroenzephalogramm, Elektromyogramm usw.

Schlafdiagnostik. Polysomnografie bei pathologischen Erscheinungsbildern auf Verordnung eines Facharztes.

Interventionelle, invasive und viszerale Radiologie

Tomografie (OCT). Augenärztliche Diagnostik nach wissenschaftlich anerkannten klinischen Erkenntnissen.

Diagnostische Hochtechnologie:

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

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

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

c) Positronenemissionstomografie (PET) einzeln oder in Kombination mit der Computertomografie (**PET-TC**), die Single-Photon-Emissions-Tomographie (**Spektroskopie SPECT**), die **Gammagrafie** und die **MR Spektroskopie** durch Röntgenstrahlen mit hoher Auflösung (3 Tesla): **zur onkologischen Diagnostik und/oder bei refraktärer Epilepsie innerhalb der medizinischen Behandlung nach allgemein anerkannter klinischer Praxis.**

d) Gentests und Molekularbiologie: sind nach ärztlicher Verordnung abgedeckt, immer wenn sie einen Einfluss auf die Behandlung einer laufenden Krankheit haben oder notwendig sind zur Erlangung einer differenzierten Diagnose, die nicht durch andere Methoden bestätigt werden kann und sich auf die Kriterien der staatlichen Bewertungsstelle (AETS) stützt.

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

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

4.5 Therapeutische Verfahren

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

Die Aufwendungen für Medikamente gehen zu Lasten der versicherten Person.

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

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

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

Strahlentherapie. Einschließlich des linearen Elektronenbeschleunigers, der Kobalttherapie, der radioaktiven Isotope und der stereotaktischen Radioneurochirurgie innerhalb des Schädels und die intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT) für die Behandlung von Hirntumoren **und radioaktive Isotopen, deren diagnostischer oder therapeutischer Nutzen durch die EMA (European Medicines Agency) und die NICE-Richtlinie verbürgt ist.**

Darüber hinaus ist die 3D Bild-geführte intensität- modulierte Strahlentherapie in Echtzeit (IG-IMRT) und die helikale Tomotherapie (THel) **bei Tumoren bei Kindern, bei lokalisierten Prostata-, Lungen-, Wirbelsäulen-, Kopf- und Hals-Tumoren gedeckt.**

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

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

Ausdrücklich ausgeschlossen sind chronische Nierenerkrankungen.

Medizinische Fußpflege. Behandlung der Füße.

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

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

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

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

Blut- oder Blutplasmatransfusionen, im Rahmen einer stationären Behandlung.

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

Laser- und Magnettherapie, als Techniken zur Rehabilitation.

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

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

Therapeutische Hochtechnologie.

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

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

- › Die kreisförmige Isolierung der Lungenvenen bei Patienten mit sehr **symptomatischen paroxysmalen Vorhofflimmern** (mit drei oder mehr Vorkommnissen jährlich) und bei versicherten Personen unter 70 Jahren.
- › Das **symptomatische anhaltende Vorhofflimmern** (seit mehr als einem Jahr) bei **antiarrhythmischen Arzneimitteln** (2 oder mehr **antiarrhythmische Arzneimittel** einschließlich von Amiodaron) bei Patienten ohne Komorbidität (z. B. Bluthochdruck, Schlafstörungen...) und wenn der linke Herzvorhof weniger als 5 Zentimeter beträgt.
- › Die **Vorhoffrhythmusstörungen oder ventrikulären Arrhythmien bei Patienten mit angeborenem Herzfehler.**
- › Die **komplexen Vorhoffrhythmusstörungen ohne strukturelle Herzfehler, wenn mindestens zwei vorher durchgeführte Ablösungsversuche mittels der konventionellen Radiofrequenztherapie nicht erfolgreich waren.**

b) Therapie der Hornhautvernetzung

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

c) Durch Neuronavigation (3D)

computerunterstützte Chirurgie, bei Schädelbasischirurgie und Spinaltumoren. Bildgebungssystem, das den Chirurgen in Echtzeit während eines komplexen neurologischen Eingriffs oder eines Eingriffs mit hohem Risiko leitet.

d) System Neuromonitoring (NIO) des Nervensystems in der Hirnchirurgie und Fusion oder Arthrodesen auf drei oder mehr Ebenen der Wirbelsäule.

Das Überwachungssystem verbessert die chirurgische Sicherheit des Patienten und erleichtert die Arbeit des Neurochirurgen.

Logopädie und Phoniatrie.

Behandlung bei Sprachstörungen und Stimmproblemen aufgrund von organischen Beeinträchtigungen.

Onkologische Chemotherapie:

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

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

4.6 Stationäre medizinische Versorgung

Stationäre medizinische Versorgung werden in Kliniken oder Krankenhäusern nach vorheriger schriftlicher ärztlicher Verordnung, und im Falle von vertragsgebundenen Leistungserbringern des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros nach Ausstellung der entsprechenden Autorisation durchgeführt.

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

Außerdem eingeschlossen sind:

- › Onkologische Behandlungen: Radiumtherapie, Strahlentherapie und Chemotherapie
- › OSNA-Methode oder -Technik: dies ist die interoperative Sentinell-Lymphknoten-Diopsie im Frühstadium von Brustkrebs ohne Entfernung der Lymphknoten
- › Lithotripsie (Zertrümmerung von Nieren- und Blasensteinen) und Muskel-Skelett Lithotripsie
- › Dialyse und Blutdialyse
- › Chirurgische Eingriffe der durch die spanische Ärztekammer OMC (Organización Médica Colegial) festgelegten Gruppen II bis VIII, ausschließlich in klinischen Einrichtungen
- › Ambulante chirurgische Eingriffe
- › Interventionelle, invasive und viszerale Radiologie
- › Techniken der Familienplanung: Eileiterunterbindung und Vasektomie und der Verschluss der Gebärmutterhöhle mittels der Hysteroskopie (Gebärmutterspiegelung)
- › Stereotaktische intrakranielle Radioneurochirurgie
- › Arthroskopie
- › Chirurgie der Nasenhöhlen, der Nasenmuschel und die Mandelentfernung mit Hilfe von Radiofrequenztherapie
- › Im Operationssaal durchgeführte Laser-Therapie in der Gynäkologie, der Augenheilkunde, der Proktologie, der peripheren Gefäßchirurgie und der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- › Endourologischer Holmium-Laser und der grüne Laser (KTP und HPS) Diode, Holmium oder Thulium für die Behandlung der gutartigen Prostatahyperplasie
- › Perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse
- › Therapeutische Hochtechnologie: die Radiofrequenzablation nach dem CARTO-System, die Hornhautvernetzungstherapie, die computerunterstützte Chirurgie durch Neuronavigation bei Schädelbasischirurgie und Spinaltumoren und die computergestützte Hirnchirurgie und die Fusion oder Arthrodese der Wirbelsäule auf drei oder mehr Ebenen
- › Chirurgische Prothesen
- › Krankenhaustagegeldzahlung wegen stationärem Aufenthalt

Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist die Benutzung eines Standardeinzelzimmers mit Sanitärzelle und Bett für eine Begleitperson (außer bei psychiatrischen Behandlungen, bei Behandlungen auf der Intensivstation oder bei Frühgeborenen, die in einem Inkubator versorgt werden). Ebenso abgedeckt sind die Aufwendungen für die Verpflegung des Patienten, die allgemeinen Krankenhauskosten für die Pflege, die Aufwendungen für die Benutzung der Spezialstation, zusätzliche diagnostische Verfahren, Anwendungen, Verbandmittel, die Aufwendungen für Benutzung des Operationssaals sowie der Entbindungsstation und Anästhesiemittel und Medikamente und Implantate aus biologischen Materialien und / oder Biomaterialien mit therapeutischem Zweck, wie in Artikel 4.7 "Chirurgische Prothesen" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. **Ausdrücklich ausgeschlossen sind biologische Medikamente oder medizinische Biomaterialien, die nicht im genannten Artikel 4.7 erwähnt sind und die Therapien des Artikels 5.r "Einschränkungen der Leistungspflicht".**

Die stationäre Versorgung wird nach folgenden Kriterien differenziert:

1. Stationäre Behandlung (ohne chirurgischen Eingriff)

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

2. Stationäre Behandlung zur chirurgischen Intervention.

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

3. Stationäre Einlieferung

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

4. Stationäre Behandlung von

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

5. Stationäre Aufnahme zur psychiatrischen Behandlung.

Eingeschlossen ist die psychotherapeutische Behandlung durch einen ärztlichen Psychiater. Im Versicherungsschutz sind lediglich akute Fälle eingeschlossen. Die Leistungspflicht ist auf eine max. Dauer der stationären Behandlung pro Kalenderjahr begrenzt, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dargelegt ist. Angerechnet auf die Höchstleistungsdauer werden alle Aufenthaltstage zusammen, sowohl die im medizinischen Netz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros als auch außerhalb des Netzes verbracht wurden.

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

7. Stationäre Aufnahme zur Dialysebehandlung und Künstliche Niere. Schließt die Behandlung durch einen Nephrologen oder Internisten ein. Ausschließlich bei akuter Niereninsuffizienz, solange eine Behandlung medizinisch notwendig ist.

4.7 Zusätzliche Versicherungsleistungen

Präventivmedizin. Inklusive der nachfolgend aufgeführten allgemein anerkannten Vorsorgeprogramme:

1. Gesundheitsprogramm für Kinder

Dies schließt ein:

- › Schwangerschaftsgymnastik und psychologische Geburtsvorbereitung, inklusive praktischem und theoretischem Unterricht in Kinderkrankenpflege und die vorbeugende Rehabilitation des Beckenbodens nach Entbindung in vertraglich gebundenen Referenzzentren des "Red DKV de Servicios Sanitarios", **mit einer Begrenzung auf drei Sitzungen pro Prozess und versicherter Person.**
- › Gesundheitsuntersuchungen des Neugeborenen: inklusive Untersuchung auf Stoffwechselerkrankungen (Phenylketonurie und angeborene Hypothyreose), Hör- und Sehtest, Gehöruntersuchung bei Neugeborenen (Screening) sowie Ultraschall des Neugeborenen.
- › Vorgeschriebene Kinderschutz-Impfungen, in dafür vorgesehenen medizinischen Einrichtungen, soweit sie von den Behörden der Autonomen Regionen autorisiert sind.

- › **Rückerstattung von Aufwendungen für Impfstoffe, die von der “Asociación Española de Pediatría” (Spanischer Kinderärztebund), (Kosten für Impfstoff) empfohlen sind,** aber nicht Bestandteil der im Impfplan enthaltenen Impfungen für Kinder der spanischen Autonomen Regionen sind und nur dann, wenn sie von einem Arzt verschrieben sind. Dazu gehören die folgenden: **der Rotavirus-Impfstoff bei Säuglingen, Windpocken bei Kindern unter zwei Jahren und die Nachimpfung (HPV) gegen den humanen Papillomavirus (HPV) bei Frauen unter 26 Jahren, die nicht ausreichend geschützt sind.**

Außerdem sind eingeschlossen bei **Frauen unter 55 Jahren mit Genitalwarzen, zervikalen intraepithelialen Dysplasien, Plattenepithelkarzinom (geringgradige L-SIL) oder nach Konisation,** im Rahmen des Programms zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs.

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

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

2. Programm zur Krebsvorsorge bei Frauen

Dies schließt ein:

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

3. Programm zur Prävention des koronaren Risikos

Dies schließt ein:

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

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

4. Programm zur Prävention von Hautkrebs

Dies schließt ein:

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

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

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

Dies schließt ein:

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

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

Dies schließt ein:

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

7. Programm zur zahnmedizinischen Prophylaxe, von der Kindheit an zur

Vorbeugung von Karies, Parodontose und Fehlstellung der Zähne oder Aufbissproblemen.

Dies schließt ein:

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

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

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

Wenn die versicherte Person Leistungserbringer außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros nutzt, besteht pro psychotherapeutischer Sitzung eine Erstattungsgrenze, und es gibt eine Höchstanzahl an erstattungsfähigen Sitzungen pro versicherte Person und Jahr (Summe

der Sitzungen innerhalb und außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes von DKV Seguros), die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt ist.

In der Deckungsmodalität “DKV Mundisalud Combinado” ist die Leistung ausschließlich eingeschlossen, wenn sie durch Vertragspartner des “Red DKV de Servicios Sanitarios” Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip erbracht wird. Die max. Zahl von erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen pro versicherte Person und Kalenderjahr ist in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt (Vergleichen Sie Artikel 7.6 “DKV Mundisalud Combinado”).

Familienplanung. Dies schließt die nachfolgend aufgeführten Leistungen ein:

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

Chirurgische Prothesen. Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die Verordnung und das Einsetzen von Gelenkprothesen (Schulter-, Hüft-, Knie-, Knöchel- und Fußgelenk), Gefäß- und Herzprothesen (Herzklappen, Bypass, Stent, Systeme von Septal Occludern, temporärer oder permanenter Herzschrittmacher und automatischer Desfibrillator), Eileiter-Mikrospirale und Gelenkendoprothesen (innere Barrieren, Metallplatten zur Fixierung und Schrauben) und intersomatische Abstandshalter oder Zwischenwirbelkäfig in der Chirurgie des Zusammenfügens oder der Versteifung der Wirbelsäule, Implantate und biologischen Materialien und / oder Biomaterialien zu therapeutischen Zwecken, wie nachfolgend aufgeführt:

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

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

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

Für die Versorgung mit Material für Prothesen und Implantate gilt eine Höchstleistungsgrenze je versicherte Person und Jahr, die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt ist. Auf diese Höchstgrenze werden sowohl Aufwendungen, die im medizinischen Netz “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros als auch außerhalb dieses verursacht wurden, angerechnet werden.

Krankenhaustagegeld. DKV Seguros zahlt ab dem dritten Tag der stationären Behandlung pro Tag ein max. Krankenhaustagegeld bis zu einem Höchstbetrag je versicherte Person und Jahr, der in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt ist, falls die nachfolgenden Umstände vorliegen:

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

4.8 Exklusive Versicherungsleistungen

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

1. Rückerstattung von Aufwendungen für alternative und ergänzende Therapien (Homöopathie und Akupunktur).
2. Rückerstattung der Aufwendungen für Service-Leistungen zur Unterstützung der Familien und/oder im Fall, wenn Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 3 nach einem Unfall bestätigt ist.

Ebenso erlaubt nur der Abschluss der Versicherung “DKV Mundisalud” mit der vollen medizinischen Versorgung in den Deckungsmodalitäten Classic und Élite in der Vertragsmodalität Einzelversicherung den versicherten Personen Zugang auf die folgende zusätzliche Abdeckung:

1. Rückerstattung der Aufwendungen für Medikamente

Die Beschreibung dieser exklusiven Versicherungsleistungen, ihre Modalität, der örtliche Geltungsbereich, der Versicherungsgegenstand, die Art des Zugangs, die Begrenzungen des Versicherungsschutzes und die ausgeschlossenen Risiken sind im Anhang II (Exklusive Versicherungsleistungen bei “DKV Mundisalud” in der Vertragsmodalität Einzelversicherung) und in den Artikeln der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die die Versicherungsleistungen begrenzen: Artikel 2 “Grundkonzepte. Begriffsdefinitionen”, Artikel 3 “Leistungsmodalitäten und Erweiterung der Versicherung”, Artikel 4 “Versicherungsumfang”, Artikel 5 “Einschränkungen der Leistungspflicht” und Artikel 6 “Wartezeiten” beschrieben.

4.9 Auslandsreiseversicherung

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

5.

Einschränkungen der Leistungspflicht

Vom allgemeinen Versicherungsschutz dieser Police ausgeschlossen sind:

a) Alle vor Abschluss des Versicherungsvertrages bestehenden Erkrankungen, Verletzungen, Gebrechen oder vorvertragliche Gesundheitszustände (z.B. Schwangerschaft) und deren Folgeerscheinungen, anlagebedingte oder angeborene physische Schäden sowie Unfallfolgen und Folgeerscheinungen von Krankheiten, vorausgesetzt, dass diese ihren Ursprung vor Einschluss jeder versicherten Person in die Police hatten und bekannt waren.

Der Versicherungsnehmer in seinem Namen und im Namen der Begünstigten ist verpflichtet, im Augenblick des Ausfüllens des Versicherungsantrags jegliche Art von Leiden, angeborenen Pathologien, Krankheiten, diagnostischen Proben und Behandlungen einschließlich der Symptome, die als Beginn eines krankhaften Geschehens anzusehen sind, zu bekunden. Im Falle des Verschweigens ist der Zustand von der Deckung des Versicherungsvertrags ausgeschlossen. Wenn

Vorerkrankungen oder angeborene Leiden angegeben werden, behält sich DKV Seguros das Recht vor, den Antrag auf Versicherungsabschluss anzunehmen oder abzulehnen. Wenn DKV Seguros den Antrag akzeptiert, können entweder durch eine Ausschlussklausel die angegebenen Erkrankungen ausgeschlossen werden, oder es kann durch einen versicherungsmedizinischen Zuschlag die Deckung auf sie ausgedehnt werden.

Diejenigen vor Vertragsschließung unbekannten und auch die vom Versicherungsnehmer oder den versicherten Personen nicht vermuteten Vorerkrankungen, da sie keine vorvertraglichen Symptome hatten. Es wird vereinbart, dass nach Ablauf einer Frist von einem Jahr nach Inkrafttreten oder Einschluss von weiteren versicherten Personen der Vertrag nicht mehr anfechtbar ist, außer bei vorsätzlichem Verhalten des Versicherungsnehmers.

b) Alle von der Wissenschaft als medizinisch nicht wirkungsvoll oder sicher anerkannten diagnostischen und therapeutischen Verfahren sowie solche Verfahren, die nicht durch die spanischen Behörden zur Bewertung der medizinischen Technologien (Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias) ratifiziert wurden oder die eindeutig durch andere verfügbare Verfahren als überholte Verfahren manifestiert wurden.

c) Physische Verletzungen infolge von Kriegen, Aufständen, Revolutionen und terroristischen Anschlägen oder infolge von offiziell erklärten Epidemien, direktem oder indirektem Kontakt mit Radioaktivität oder infolge von Nuklearreaktionen. Ebenso ausgeschlossen sind physische Schäden, die infolge von Naturkatastrophen wie Erdbeben, Überschwemmungen oder aufgrund anderer klimatischer oder meteorologischer Bedingungen entstehen.

d) Krankheiten oder Verletzungen, die durch die professionelle Ausübung einer Sportart oder bei der Teilnahme von Wettbewerben und -kämpfen hervorgerufen werden. Ebenso ausgeschlossen sind Krankheiten oder Verletzungen, die durch die professionelle oder laienhafte Ausübung von Risikosportarten wie Stierkampf oder das Eintreiben von ungezähmtem Vieh, Gefahrensportarten wie Tauchen, Bobfahren, Boxkampf, Kampfsportarten, Bergsteigen, Autorennen, Rugby, Quadfahren, Höhlenforschung, Paragliding,

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

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

f) Schönheitschirurgie sowie alle anderen zu ästhetischen oder kosmetischen Zwecken durchgeführten Infiltrationen oder Behandlungen, es sei denn, es liegt eine Funktionsstörung des betroffenen Körperteils vor (rein psychologische Gründe sind hierbei nicht ausreichend). Weiterhin vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Varizenbehandlungen aus ästhetischen Gründen, ambulante oder stationär durchgeführte Schlankheitskuren sowie allgemeine ästhetische Behandlung der Haut, eingeschlossen der Haarbehandlung. Ebenso ausgeschlossen ist die chirurgische Korrektur von Fehlsichtigkeiten, wie Kurz- oder Weitsichtigkeit,

Hornhautverkrümmung und Alterssichtigkeit sowie die Orthokeratologie (nächtliches Tragen von speziellen Kontaktlinsen). Außerdem alle Folgen und Komplikationen aller in diesem Artikel aufgeführten Ausschlüsse.

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

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

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

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

Ebenso ausgeschlossen sind Aufenthalte in privaten nicht vertragsgebundenen Zentren und der vorgesehene Aufenthalt in Zentren oder anderen öffentlichen Einrichtungen des nationalen spanischen Gesundheitssystems und / oder Einrichtungen abhängig von den Autonomen Regionen, außer in identifizierten Fällen (vergleichen Sie Artikel 3.4 Inanspruchnahme von nicht dem DKV Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” zugehörigen Leistungserbringern).

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

i) Medizinische, diagnostische und / oder therapeutische Hochtechnologie, die Nierensteinzertrümmerung, außer den in Artikel 4.4 “Diagnostische Verfahren” und 4.5 “Therapeutische Verfahren” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten.

j) Die medizinisch-chirurgische Behandlung des Schnarchens oder des obstruktiven Schlafapnoesyndroms (außer 10 Sitzungen mittels der Beatmungsgeräte CPAP oder CiPAP) und die Behandlungen und/oder Arten der Radiotherapie und ihre medizinischen Indikationen, die nicht ausdrücklich in Artikel 4.5 "Therapeutische Verfahren" dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind. Außerdem sind ausgeschlossen die Protontherapie, die Neutronentherapie, die Radiochirurgie mit dem Cyberknife, die Radiotherapie oder Radiochirurgie, extrakranielle stereotaktische und/oder an die Atmung angepasste (4D) und Radiopharmaka mit radioaktiven Isotopen, die nicht durch die EMA (European Medicines Agency) autorisiert und/oder nicht von der NICE Richtlinie empfohlen sind.

k) Präventivmedizin, Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen im Allgemeinen, die Impfstoffe und die Lieferung von Extrakten für Allergietests, außer den in den "Zusätzlichen Versicherungsleistungen" unter Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Besonderen Vorsorgeprogrammen.

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

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

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

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

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

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

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

q) Logopädie und Phoniatrie zur Behandlung von durch anatomische, angeborene neurologische oder psychomotorische Veränderungen hervorgerufene Sprachstörungen und Stimmproblemen.

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

Darüber hinaus sind alle experimentellen, aus Barmherzigkeit erfolgten Behandlungen, mit Medikamenten für seltene Leiden und diejenigen, die sich in allen klinischen Erprobungsphasen befinden, ausgeschlossen.

s) Hyperbare Sauerstoffkammer (Druckkammer), Dialyse und Blutdialyse: Behandlung von chronischen Nierenerkrankungen.

t) Medizinische Versorgung von viralem hämorrhagischem Fieber, aufgrund einer HIV-Infektion, einer Erkrankung an AIDS und allen anderen Erkrankungen, Folgen oder Komplikationen, die in diesem Zusammenhang durch beide entstehen.

u) Roboterchirurgie, bildgestützt oder durch Computer unterstützt (mit Ausnahme von Neuronavigation und des Navigationssystems Carto, aufgeführt in Artikel 4.5), und es sind gedeckt alle Laser-Behandlungen der Fachrichtungen und bei den Indikationen, die im Artikel 4. "Beschreibung des Versicherungsumfangs" genannt sind.

v) Aufwendungen für die Benutzung von Telefon, Fernsehgerät, die Verpflegung der Begleitperson im Rahmen einer stationären Behandlung; Reise- oder Transportkosten, außer für den Transport im Krankenwagen wie in den Artikeln “Ambulante medizinische Erstversorgung” und “Notfallbehandlungen” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben sowie für alle anderen nicht unbedingt erforderlichen Krankenhausleistungen.

w) Organtransplantationen und Autotransplantationen, Implantate und Autoimplantate mit Ausnahme von den unter dem Artikel “Therapeutische Verfahren” der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten. Aufwendungen für Organentnahme, -transport oder -konservierung sind mit Ausnahme der Hornhauttransplantation vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

x) Pharmazeutische Produkte, Arzneimittel und jegliche Art von Hilfsmitteln mit Ausnahme derer, die der versicherten Person während seines Krankenhausaufenthaltes (mindestens 24 Stunden) verabreicht werden. In jedem Fall bleiben ebenfalls ausgeschlossen die biologischen Medikamente oder medikamentösen Biomaterialien, die nicht im Artikel 4.7 “Chirurgische Prothesen” und die Therapien des Artikel 5.1 “Ausgeschlossene Deckungen”, aufgeführt sind, auch wenn sie während eines Krankenhausaufenthaltes verabreicht werden.

Die onkologische Chemotherapie deckt nur die Aufwendungen der entsprechenden zytostatischen Medikamente, die detailliert in “Zytostatikum” in Artikel 2 “Grundkonzepte. Definitionen” aufgeführt sind. Ausdrücklich ausgeschlossen ist die Antitumor-Immuntherapie, monoklonale Antikörper, Gentherapie, die Endokrine- und Hormontherapie, Enzyminhibitor und/oder Molekulartherapie, die Arzneimittel, die die Blutgefäßneubildung hemmen und der Gebrauch von Sensibilisatoren in der fotodynamischen und Bestrahlungstherapie.

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

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

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

6.

Wartezeiten

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

Abweichend vom vorher genannten generellen Prinzip ist für folgende Versicherungsleistungen, die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind, eine Wartezeit zu erfüllen:

1. Für alle chirurgischen Eingriffe und stationären Behandlungen sowie chirurgischen Prothesen – unabhängig von ihrer Ursache. Lebensbedrohliche Notfälle oder Unfälle sind hiervon ausgeschlossen
2. Für die medizinische Versorgung bei Geburten (außer Frühgeburten) oder durch Kaiserschnitt
3. Für Transplantationen

Die Wartezeiten sind sowohl für medizinische Leistungen in der Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip, innerhalb des Netzwerkes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros genannt, als auch für Leistungen außerhalb dieses Netzwerkes in der Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip zu erfüllen.

7.

Versicherungsleistungen gemäß vereinbarter Deckungsmodalität

Die unter Artikel 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Versicherungsleistungen können in sechs verschiedenen Deckungsmodalitäten abgeschlossen werden.

7.1 DKV Mundisalud Classic Hospitalización (stationäre Behandlung)

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

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

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

In beiden Fällen ist eine Wartezeit für bestimmte Leistungen zu erfüllen, vergleichen Sie Artikel 6 “Wartezeiten”.

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

- **Zu einem Rückerstattungsprozentsatz** des Gesamtrechnungsbetrages - abhängig davon, ob die Leistung in Spanien oder im Ausland erfolgte (vergleichen Sie “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen).
- **Bis zu maximalen Höchstsätzen**, die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind und für die folgende Garantien und Deckungen eingeführt sind:
 - **Maximale Gesamthöchstleistungssumme** der Versicherungspolice pro versicherte Person und Kalenderjahr.
 - Für stationäre Behandlungen (vergleichen Sie Artikel 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine max. garantierte Höchstleistungssumme je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.

- Die Aufwendungen, die pro Tag bei stationärem Aufenthalt anfallen (vergleichen Sie Artikel 4.6), sind auf eine Höchstleistungssumme begrenzt, abhängig vom Typ der Krankenhauseinweisung. Diese Begrenzung bezieht sich auf den Aufenthalt (konventionelles Einzelzimmer mit Nasszelle und Bett für die Begleitperson), die Verpflegung des Erkrankten, die allgemeinen Pflegekosten, die benutzte Spezialeinrichtung zur Überwachung des Patienten, die ergänzenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die Aufwendungen für die Benutzung des Operationssaales, das verwendete Material, die Benutzung des Kreißsaales, die Verabreichung von Narkosemitteln und Medikamenten.
- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem oder chirurgischem Aufenthalt, einschließlich Operateure und Hilfskräfte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team sind bis zu einem Höchstleistungsbetrag pro versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.
- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine Höchstleistungsdauer begrenzt wie in Artikel 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.

- Krankenhaustagegeld wie in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

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

7.2 DKV Mundisalud Complet

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

Ebenso eingeschlossen sind einige zusätzliche Service-Leistungen.

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

In beiden Fällen ist eine Wartezeit für bestimmte Leistungen zu erfüllen, vergleichen Sie Artikel 6 “Wartezeiten”.

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

› Zu einem

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

› **Bis zu maximalen Höchstsätzen**, die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind und für die folgende Garantien und Deckungen eingeführt sind:

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

- **Ambulante medizinische Versorgung:**

- Die Arzthonorare für Beratungen, die zusätzlichen diagnostischen Verfahren und Behandlungen bei ambulanter Heilbehandlung, einschließlich des Krankentransports sind bis zu einem Höchstleistungsbetrag je versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.
- Die Beratungen in der Allgemeinmedizin, der fachärztlichen Medizin und bei Notfallbehandlungen bis zu einem Teil-Höchstbetrag je Beratung.
- Die Fruchtwasseruntersuchung, Triple-Tests, EBA-Screening oder Chorionbiopsie zur Untersuchung von Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fötus wie in Artikel 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
- Die klinische Psychologie und die psychotherapeutische Sitzungen gemäß Artikel 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

- **Stationäre medizinische Versorgung:**

- Für stationäre medizinische Versorgung (vergleichen Sie Artikel 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine max. garantierte Höchstleistungssumme je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.
- Die Aufwendungen, die pro Tag bei stationärem Aufenthalt anfallen, sind auf eine Höchstleistungssumme begrenzt, abhängig vom Typ der Krankenhauseinweisung. Diese Begrenzung bezieht sich auf den Aufenthalt (konventionelles Einzelzimmer mit Nasszelle und Bett für die Begleitperson), die Verpflegung des Erkrankten, die allgemeinen Pflegekosten, die benutzte Spezialeinrichtung zur Überwachung des Patienten, die ergänzenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die Aufwendungen für die Benutzung des Operationssaales, das verwendete Material, die Benutzung des Kreißsaales, die Verabreichung von Narkosemitteln und Medikamenten.
- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem oder chirurgischem Aufenthalt, einschließlich Operateure und Hilfskräfte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team sind bis zu einem Höchstleistungsbetrag pro versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.

- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine Höchstleistungsdauer begrenzt wie in Artikel 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld wie in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

7.3 DKV Mundisalud Plus

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

Ebenso eingeschlossen sind einige zusätzliche Service-Leistungen.

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

In beiden Fällen ist eine Wartezeit für bestimmte Leistungen zu erfüllen, vergleichen Sie Artikel 6 "Wartezeiten".

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

- › **Zu einem Rückerstattungsprozentsatz** des Gesamtrechnungsbetrages - abhängig davon, ob die Leistung in Spanien oder im Ausland erfolgte (vergleichen Sie "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen).

› **Bis zu maximalen Höchstsätzen**,
 ie in dieser Übersicht als
 Anhang zu den Besonderen
 Versicherungsbedingungen festgelegt
 sind und die für folgende Garantien
 und Deckungen eingeführt sind:

- Maximale

Gesamthöchstleistungssumme der
 Versicherungspolice pro versicherte
 Person und Kalenderjahr.

**- Ambulante medizinische
 Versorgung:**

- Die Arzthonorare für
 Beratungen, die zusätzlichen
 diagnostischen Verfahren und
 Behandlungen bei ambulanter
 Heilbehandlung, einschließlich
 des Krankentransports sind bis zu
 einem Höchstleistungsbetrag je
 versicherte Person und Kalenderjahr
 erstattungsfähig.
- Die Beratungen in der ambulanten
 medizinischen Erstversorgung, der
 Versorgung durch Fachspezialisten
 und der Notfallversorgung mit
 einem Unterlimit pro Beratung.
- Die Fruchtwasseruntersuchung,
 Triple-Tests, EBA-Screening
 oder Chorionbiopsie zur
 Untersuchung von Fehlbildungen
 oder Erkrankungen des Fötus wie
 in Artikel 4.3 der Allgemeinen
 Versicherungsbedingungen
 beschrieben.
- Die klinische Psychologie und
 die Psychischen Probleme wie
 in Artikel 4.7 der Allgemeinen
 Versicherungsbedingungen
 festgelegt.

**- Stationäre medizinische
 Versorgung:**

- Für stationäre Versorgung
 (vergleichen Sie Artikel
 4.6 der Allgemeinen
 Versicherungsbedingungen)
 ist eine max. garantierte
 Höchstleistungssumme je
 versicherte Person und Kalenderjahr
 festgelegt.
- Die Aufwendungen, die pro Tag bei
 stationärem Aufenthalt anfallen,
 sind auf eine Höchstleistungssumme
 begrenzt, abhängig vom Typ der
 Krankenhauseinweisung. Diese
 Begrenzung bezieht sich auf
 den Aufenthalt (konventionelles
 Einzelzimmer mit Nasszelle und
 Bett für die Begleitperson), die
 Verpflegung des Erkrankten, die
 allgemeinen Pflegekosten, die
 benutzte Spezialeinrichtung zur
 Überwachung des Patienten,
 die ergänzenden diagnostischen
 und therapeutischen Verfahren,
 die Aufwendungen für die
 Benutzung des Operationssaales,
 das verwendete Material, die
 Benutzung des Kreissaales, die
 Verabreichung von Narkosemitteln
 und Medikamenten.
- Die Aufwendungen für ärztliche
 Honorare bei medizinischem
 oder chirurgischem Aufenthalt,
 einschließlich Operateure und
 Hilfskräfte, Anästhesiepersonal
 und das medizinische Team bis
 zu einem Höchstleistungsbetrag
 je chirurgische Leistungsgruppe,
 Entbindung oder Kaiserschnitt und
 Transplantationen.

- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine Höchstleistungsdauer begrenzt wie in Artikel 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld wie in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

7.4 DKV Mundisalud Classic

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

Ebenso eingeschlossen sind einige zusätzliche Service-Leistungen.

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

In beiden Fällen ist eine Wartezeit für bestimmte Leistungen zu erfüllen, vergleichen Sie Artikel 6 “Wartezeiten”.

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

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

› **Bis zu maximalen Höchstsätzen**, die in dieser Übersicht als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen eingeführt sind:

- **Maximale**

Gesamthöchstleistungssumme der Versicherungspolice pro versicherte Person und Kalenderjahr.

- **Ambulante medizinische Versorgung:**

- Die Arzthonorare für Beratungen, die zusätzlichen diagnostischen Verfahren und Behandlungen bei ambulanter Heilbehandlung, einschließlich des Krankentransports sind bis zu einem Höchstleistungsbetrag je versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.
- Die Fruchtwasseruntersuchung, Triple-Tests, EBA-Screening oder Chorionbiopsie zur Untersuchung von Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fötus wie in Artikel 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
- Die klinische Psychologie und die Psychischen Probleme wie in Artikel 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.

- **Stationäre medizinische Versorgung:**

- Für stationäre Versorgung (verglichen Sie Artikel 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine max. garantierte Höchstleistungssumme je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.
- Die Aufwendungen, die pro Tag bei stationärem Aufenthalt anfallen, sind auf eine Höchstleistungssumme begrenzt, abhängig vom Typ der Krankenhauseinweisung. Diese Begrenzung bezieht sich auf den Aufenthalt (konventionelles Einzelzimmer mit Nasszelle und Bett für die Begleitperson), die Verpflegung des Erkrankten, die allgemeinen Pflegekosten, die benutzte Spezialeinrichtung zur Überwachung des Patienten, die ergänzenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die Aufwendungen für die Benutzung des Operationssaales, das verwendete Material, die Benutzung des KreiBsaales, die Verabreichung von Narkosemitteln und Medikamenten.
- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem oder chirurgischem Aufenthalt, einschließlich Operateure und Hilfskräfte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team bis zu einem Höchstleistungsbetrag je chirurgische Leistungsgruppe, Entbindung oder Kaiserschnitt und Transplantationen.

- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine Höchstleistungsdauer begrenzt wie in Artikel 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld wie in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
- **Mit einer maximalen Selbstbeteiligung von 25.000 EUR** je versicherte Person und Kalenderjahr für Rückerstattung von Aufwendungen (in der Leistungsmodalität Rückerstattung). Ab diesem Betrag erhöht DKV Seguros den Erstattungsprozentsatz auf 100 %, außer bei den Garantien und Deckungen, für die Begrenzungen und Leistungseinschränkungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind.

7.5 DKV Mundisalud Élite

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

Ebenso eingeschlossen sind einige zusätzliche Service-Leistungen.

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

In beiden Fällen ist eine Wartezeit für bestimmte Leistungen zu erfüllen, vergleichen Sie Artikel 6 “Wartezeiten”.

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

➤ **Zu einem**

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

➤ **Bis zu maximalen Höchstsätzen,** die in dieser Übersicht als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen eingeführt sind:

- **Maximale**

Gesamthöchstleistungssumme der Versicherungspolice pro versicherte Person und Kalenderjahr.

- **Ambulante medizinische Versorgung:**

- Die Arzthonorare für Beratungen, die zusätzlichen diagnostischen Verfahren und Behandlungen bei ambulanter Heilbehandlung, einschließlich des Krankentransports sind bis zu einem Höchstleistungsbetrag je versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.

- Die Fruchtwasseruntersuchung, Triple-Tests, EBA-Screening oder Chorionbiopsie zur Untersuchung von Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fötus wie in Artikel 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

- Die klinische Psychologie und die Psychischen Probleme wie in Artikel 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.

- **Stationäre medizinische Versorgung:**

- Für stationäre Versorgungen (vergleichen Sie Artikel 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine max. garantierte Höchstleistungssumme je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.

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

- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem oder chirurgischem Aufenthalt, einschließlich Operateure und Hilfskräfte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team bis zu einem Höchstleistungsbetrag je chirurgische Leistungsgruppe, Entbindung oder Kaiserschnitt und Transplantationen.
- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine Höchstleistungsdauer begrenzt wie in Artikel 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld wie in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
- **Mit einer maximalen Selbstbeteiligung von 25.000 EUR** je versicherte Person und Kalenderjahr für Rückerstattung von Kosten (in der Leistungsmodalität Rückerstattung). Ab diesem Betrag erhöht DKV Seguros den Erstattungsprozentsatz auf 100 %, außer bei den Garantien und Deckungen, für die Begrenzungen und Leistungseinschränkungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind.

7.6 DKV Mundisalud Combinado

Diese Deckungsmodalität verbindet eine medizinische Versorgung durch Leistungserbringer sämtlicher in Artikel 4 "Versicherungsumfang" genannten Fachrichtungen aus dem Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip), einschließlich der klinischen Psychologie mit einer Höchstzahl von 15 erstattungsfähigen Sitzungen pro versicherter Person und Kalenderjahr mit der Möglichkeit, Kostenrückerstattung bei stationärer Behandlung, wenn die Versorgung in Spanien erfolgt und durch Leistungserbringer oder medizinische Zentren, die nicht im Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip) vertraglich mit DKV Seguros verbunden sind und die in Artikel 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen detailliert beschrieben sind, zu kombinieren.

In beiden Fällen ist eine Wartezeit zu erfüllen, um Zugang zu bestimmten Leistungen zu haben, vergleichen Sie Artikel 6 "Wartezeiten".

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

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

- **Zu einem Rückerstattungsprozentsatz** des Gesamtrechnungsbetrages - abhängig davon, ob die Leistung in Spanien oder im Ausland erfolgte (vergleichen Sie “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen).
- **Bis zu maximalen Höchstsätzen**, die in dieser Übersicht als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen eingeführt sind:
 - **Maximale Gesamthöchstleistungssumme** der Versicherungspolice pro versicherte Person und Kalenderjahr.
 - Für stationäre Versorgungen (vergleichen Sie Artikel 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine max. garantierte Höchstleistungssumme je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.

- Die Aufwendungen, die pro Tag bei stationärem Aufenthalt anfallen, sind auf eine Höchstleistungssumme begrenzt, abhängig vom Typ der Krankenhauseinweisung. Diese Begrenzung bezieht sich auf den Aufenthalt (konventionelles Einzelzimmer mit Nasszelle und Bett für die Begleitperson), die Verpflegung des Erkrankten, die allgemeinen Pflegekosten, die benutzte Spezialeinrichtung zur Überwachung des Patienten, die ergänzenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die Aufwendungen für die Benutzung des Operationssaales, das verwendete Material, die Benutzung des Kreißsaales, die Verabreichung von Narkosemitteln und Medikamenten.
- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem oder chirurgischem Aufenthalt, für Chirurgen und Assistenzärzte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team bis zu einem Höchstleistungsbetrag je chirurgische Leistungsgruppe, Entbindung oder Kaiserschnitt und Transplantationen.
- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine Höchstleistungsdauer begrenzt wie in Artikel 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.

- Krankenhaustagegeld wie in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

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

7.7 Ergänzende pauschale Rückerstattung bei stationärer medizinischer Versorgung

In den Deckungsmodalitäten DKV Mundisalud Classic und Élite besteht in der Leistungsmodalität Kostenrückerstattung die Möglichkeit einer pauschalen Rückerstattung, **wenn in der Rechnung für die stationäre Versorgung die rückerstattungsfähigen Aufwendungen nicht aufgeschlüsselt sind** (z.B. System der Rechnungsstellung mit Fallpauschalen, Krankheiten mit Diagnosen, die an das GRD oder ein ähnliches System angeglichen sind) oder in diesem Artikel aufgeführt sind (vergleichen Sie die Festlegungen und Einzelheiten über die Stationäre Versorgung in den Artikeln 7.4 und 7.5) mit der Konsequenz, dass die maximalen Rückerstattungshöchstgrenzen, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind, nicht kalkuliert werden können und aus diesem Grund die folgende proportionale Regel- oder Pauschalleistung als Ersatz für die fehlende Aufschlüsselung der Krankenhausrechnung (einschließlich - soweit erforderlich - der Deckung für Prothesen) angewendet wird, damit letztendlich die Rückerstattung mittels der folgenden Prozentsätze erfolgen kann:

> 50% der

Gesamtkrankenhausrechnung:

werden als Kosten für Unterbringung und Aufenthalt (mindestens 24 Stunden) angesehen, auf die der Rückerstattungsprozentsatz und die Höchstleistungsgrenze pro Krankenhaustag in Abhängigkeit der in Rechnung gestellten Krankenhaustage und wie in der vertraglich vereinbarten Modalität der abgeschlossenen Versicherung festgelegt, angewendet werden.

> 35% der

Gesamtkrankenhausrechnung:

werden als Aufwendungen für medizinische und chirurgische Honorare (Chirurg, Assistenzärzte, Anästhesisten und medizinische Fachkräfte) angesehen, die während einer Krankenseinweisung (in den verschiedenen Modalitäten, vergleichen Sie Artikel 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) entstehen und auf die der Rückerstattungsprozentsatz und die Höchstleistungsgrenze für medizinische chirurgische Honorare pro versicherte Person und Jahr, wie in der vertraglich vereinbarten Modalität der abgeschlossenen Versicherung festgelegt, angewendet werden.

> 15% der

Gesamtkrankenhausrechnung:

werden als Aufwendungen für Prothesen und chirurgische Implantate (vergleichen Sie Artikel 4.7. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) angesehen und auf die der Rückerstattungsprozentsatz und die Höchstleistungsgrenze für Prothesen und chirurgische Implantate pro versicherte Person und Jahr, wie in der vertraglich vereinbarten Modalität der abgeschlossenen Versicherung festgelegt, angewendet werden.

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

> 60% der

Gesamtkrankenhausrechnung:

werden als Kosten für die Unterbringung und Aufenthalt angesehen, auf die der Rückerstattungsprozentsatz und die Höchstleistungsgrenze pro Krankenhaustag, wie vorher dargestellt, angewendet werden.

> 40% der

Gesamtkrankenhausrechnung:

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

8.

Vertragsgrundlagen

8.1 Vertragsabschluss und Versicherungsdauer

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

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

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

Nach Ablauf dieser Frist werden die in der Police festgelegten Bestimmungen angewendet.

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

Nach Ablauf jedes Versicherungsjahres wird die Police automatisch um ein Jahr verlängert. **DKV Seguros kann der Verlängerung des Vertrags mittels schriftlicher Mitteilung an den Versicherungsnehmer widersprechen,** mit einer Frist von mindesten zwei Monaten vor Vertragsablauf, wenn das Unternehmen den Vertrag nicht verlängern will oder wenn es Änderungen des Vertrags anbietet.

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

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

Dieser Verzicht von DKV Seguros auf ihr Recht, der Fortführung der Police zu widersprechen, setzt das Einverständnis des Versicherungsnehmers über die jährliche Beitragsanpassung voraus, gemäß den unter Artikel 8.4 dieses Vertrages aufgeführten versicherungsmathematischen Kriterien.

8.2 Rechte und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen sind verpflichtet:

a) DKV Seguros alle ihm/ihnen bekannten Umstände, die die Einschätzung des zu versichernden Wagnisses möglicherweise beeinflussen können, wahrheitsgetreu und gewissenhaft ohne etwas zu verschweigen, anzuzeigen.

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

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

Bei vorsätzlicher Nichterfüllung dieser Obliegenheiten mit der Absicht, DKV Seguros zu betrügen oder zu schädigen und sich einen Vorteil zu verschaffen, ist DKV Seguros von jeglicher Leistungspflicht für diesen Versicherungsfall befreit.

d) DKV Seguros alle Anspruchsabtretungen oder Regressforderungen zur Verfügung zu stellen wie in Artikel 3.5 bestimmt.

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

8.3 Obliegenheiten von DKV Seguros

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

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

8.4 Versicherungsbeitrag

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

Die darauf folgenden Beiträge werden zum jeweils festgelegten Zeitpunkt fällig.

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

In diesem Fall wird der entsprechende Ratenzuschlag erhoben.

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

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

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

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

Fordert DKV Seguros die Beitragszahlung nicht innerhalb der nächsten sechs Monate nach dieser Fälligkeit ein, gilt der Vertrag als aufgehoben.

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

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

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

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

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

Aus diesem Grund muss der Versicherungsnehmer DKV Seguros die Daten seines Bankkontos oder seines Sparbuches, von wo aus der Beitragseinzug für diese Versicherung erfolgen soll, mitteilen und autorisiert das Finanzinstitut, den Beitragseinzug zuzulassen.

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

Bei jeder Vertragserneuerung dieser Versicherungspolice behält sich DKV Seguros das Recht vor, den Jahresbeitrag zu verändern und - soweit zutreffend - die Höhe der Zuzahlungsbeträge pro medizinischer Behandlung gemäß den versicherungsmathematischen Kriterien auf der Grundlage der Veränderung der Aufwendungen für medizinische Leistungen und/oder des notwendigen Einschlusses von medizinisch-technischen Innovationen, durchzuführen.

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

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

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

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

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

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

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

8.5 Verlust von Ansprüchen und Auflösung des Vertrages

Die versicherte Person verliert das Recht auf die garantierte Versicherungsleistung:

a) Wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person beim Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens nicht wahrheitsgetreu geantwortet haben, sei es, um bewusst schwerwiegende Umstände zu verschweigen oder dass sie die Wichtigkeit der erbetenen Daten nicht richtig eingeschätzt haben.

b) Wenn sich eine Erhöhung des Risikos analog zu den in Artikel 7.2 b aufgeführten Umständen ergeben hat, und der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person dies vorher DKV Seguros nicht mitgeteilt haben.

c) Bei Schadensfällen, die vor Zahlung des Erstbeitrages entstehen, sofern nichts Gegenteiliges vereinbart wird.

d) Bei Schadensfällen, die vorsätzlich vom Versicherungsnehmer, von der versicherten Person oder von Begünstigten hervorgerufen werden.

DKV Seguros kann in jedem Fall innerhalb von einem Monat ab glaubhafter Kenntnisnahme der nachfolgend aufgeführten Umstände vom Vertrag zurücktreten:

Verschweigen oder Vortäuschung des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen von Tatsachen im Gesundheitsfragebogen sowie Risikoerhöhungen, die nicht mitgeteilt werden.

8.6 Schriftliche Mitteilungen

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

Von einem Makler gegenüber DKV Seguros im Namen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen veranlasste Mitteilungen haben die gleiche Rechtswirkung, wie wenn sie vom Versicherungsnehmer oder den versicherten Personen selbst an DKV Seguros veranlasst worden wären.

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

Mitteilungen von DKV Seguros an den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person werden an den Wohnsitz versandt, der im Vertrag angegeben ist, sofern DKV Seguros keine Wohnsitzänderung mitgeteilt wurde.

8.7 Besondere Gesundheitsrisiken

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

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

8.8 Steuern und Abgaben

Gesetzlich abzuführende Steuern und Abgaben gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers und / oder den versicherten Personen.

Anhang I: Auslandsreise- versicherung

1. Einleitende Bestimmungen

1.1 Versicherte Personen

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

1.2 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

1.3 Dauer des Versicherungsschutzes

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

1.4 Gültigkeit

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

2. Beschreibung der Leistungen

2.1 Medizinische Leistungen

2.1.1 Unmittelbare medizinische Behandlungskosten

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

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

2.1.1.2 Aufwendungen für zahnmedizinische Notfälle

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

2.1.2 Mittelbare Kosten

2.1.2.1 Aufwendungen für die Verlängerung eines Hotelaufenthaltes

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

2.1.2.2 Überführung oder Verlegung

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

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

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

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

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

2.1.2.3 Überführung der sterblichen Überreste und Rücktransport von versicherten Begleitpersonen

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

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

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

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

2.2 Andere Gewährleistungen

2.2.1 Überführung oder Verlegung von anderen versicherten Personen

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

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

b) Die Aufwendungen für eine Begleitperson für die Rückreise der restlichen versicherten Personen, wenn es sich um Kinder unter 15 Jahren handelt und sie sich nicht in Begleitung eines Verwandten oder einer Vertrauensperson befinden.

2.2.2 Reise einer Begleitperson

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

2.2.3 Vorzeitige Rückkehr zum gewöhnlichen Wohnsitz

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

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

2.2.4 Medikamentenversand

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

2.2.5 Medizinische Telefonberatung

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

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

2.2.6 Hilfe bei der Suche nach verlorenen Gepäckstücken

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

2.2.7 Dokumentenversand

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

2.2.8 Aufwendungen für einen Rechtsbeistand und Vorschuss einer Prozessbürgschaft im Ausland

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

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

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

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

2.2.9 Reiseinformation

Benötigt die versicherte Person Informationen über ihr Reisezielland, wie z.B. Einreiseformalitäten, Bewilligung von Visa, Währung, Informationen über die wirtschaftliche und politische Situation, Bevölkerung, Sprache, Gesundheitsinformation über lokale Zustände usw., erhält die versicherte Person diese generellen Informationen von DKV Seguros, wenn sie sie telefonisch oder auf elektronischem Weg erbeten hat.

2.2.10 Übermittlung von Nachrichten

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

3. Vertragsbeschränkungen

3.1 Ausschlüsse

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

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

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

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

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

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

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

3.1.8 Die Aufwendungen der Bestattung und der Grabzeremonie.

4. Schlussbestimmungen

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

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

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

Im Fall, dass die versicherte Person für den Fall der Nicht-Benutzung des Tickets für die Heimreise Geld zurückgezahlt wird, muss sie bei Inanspruchnahme der Rückführungsgarantie, das Geld an DKV Seguros zurückzahlen.

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

DKV Seguros bleibt für Eingriffe, die die versicherte Person aufgrund ihres Handelns zu vertreten hat, bis zum Gesamtbetrag der geleisteten oder erhaltenen Service-Leistungen frei von Rechten und Tätigkeiten.

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

Anhang II: Exklusive Versicherungsleistungen bei DKV Mundisalud in der Vertragsmodalität Einzelversicherung

1. Einleitende Bestimmungen

1.1 Versicherte Personen

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

1.2 Versicherung in der Vertragsmodalität Einzelversicherung

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

1.3 Dauer des Versicherungsschutzes

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

1.4 Gültigkeit

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

2. Exklusive zusätzliche Versicherungsleistungen

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

2.1 Alternative und ergänzende Therapien

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

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

2.1.1 Abgrenzungen der Deckungszusage

Die alternativen und ergänzenden Therapien wie Homöopathie und Akupunktur sind im Versicherungsschutz der Police “DKV Mundisalud” eingeschlossen, wenn die medizinische Vollversorgung in der Vertragsmodalität Einzelversicherung abgeschlossen ist. Es sind die Limitierungen zu berücksichtigen, die sich aus Artikel 4.8 “Exklusive Versicherungsleistungen” ergeben, abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Artikel 5.g “Einschränkungen der Leistungspflicht”.

Weiterhin ausgeschlossen bleiben die restlichen im Artikel 5.g “Einschränkungen der Leistungspflicht” beschriebenen Leistungen: Naturtherapie, Chiromassage, Osteopathie, Lymphdrainage, Mesotherapie, Gymnastik, Hydrotherapie, dreifasige Oxygentherapie, Pressotherapie, Ozontherapie und weitere vergleichbare Leistungen oder solche, die offiziell nicht anerkannt sind.

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

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

2.2.1 Gegenstand des Versicherungsschutzes

DKV Seguros garantiert im Fall, dass der versicherten Person und/oder ihrem gesetzlichen Pfleger durch das “Sistema para la Autonomía 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 10.000 EUR je versicherte Person.**

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

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

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

2.2.1.1 Häusliche Service-Leistungen:

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

a) Persönliche Betreuung

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

b) Hauswirtschaftliche Hilfe:

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

2.2.1.2 Persönliche Betreuung

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

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

2.2.1.3 Service von Fernbetreuung mit fest installierten oder mobilen Geräten:

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

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

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

2.2.1.4 Service-Leistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes.

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

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

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

2.2.2 Zugang zu der Versicherungsleistung

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

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

b) Notwendige Dokumente, zur Anerkennung der Leistungspflicht:

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

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

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

c) Die Kostenrückerstattung erfolgt folgendermaßen:

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

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

2.2.3 Einschränkungen der Leistungspflicht

Von der Leistungspflicht der Deckung der Pflegebedürftigkeit sind ausgeschlossen:

1. Die Rückerstattung für Aufwendungen für Familienhilfe und/oder für Betreuung bei Pflegebedürftigkeit, die nicht im Anhang II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Exklusive Deckungen bei den Deckungsmodalitäten Classic und Élite in der Vertragsmodalität Einzelversicherung

Der Abschluss der Versicherung “DKV Mundisalud” in den Deckungsmodalitäten der medizinischen Vollversorgung Classic und Élite der Vertragsmodalität Einzelversicherung ist für die versicherte Person die einzige Möglichkeit, die nachfolgende zusätzliche Deckung in Anspruch nehmen zu können:

3.1 Rückerstattung der Aufwendungen für Medikamente

3.1.1 Gegenstand und Beschreibung der Deckung

Hierunter fällt die **Rückerstattung von 50 % der Aufwendungen für allopathische Medikamente** (die in der Schulmedizin angewendet werden), vorausgesetzt sie wurden in **Apotheken in Spanien oder im Ausland** nach der Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip **erworben**. Die Rückerstattung ist auf einen jährlichen Höchstbetrag von 100 EUR je versicherte Person begrenzt, und es ist notwendig, dass die Medikamente durch einen Arzt verschrieben und verordnet wurden und im Arzneimittelregister (Vademécum Internacional en España) aufgeführt sind **und zur Behandlung von Erkrankungen, unter denen die versicherte Person leidet, sofern sie in der Deckung ihrer Police eingeschlossen ist, verabreicht werden.**

Um den Prozess der Auszahlung zu erleichtern, wird der Mindestrückerstattungsbetrag für Medikamente einer Rechnung oder einer Gruppe von Rechnungen je Erstattungsantrag auf einen Betrag von 10 EUR festgelegt.

3.1.2 Zugang zur Deckung

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

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

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

2. Medizinische Verschreibungen im Original

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

Wenn die Medikamente auf Rezepten nach den offiziellen Vorschriften, **die für die Vorlage von pharmazeutischen Dienstleistungen des Sistema Nacional de Salud und von Beamten in der Beamtenversorgung benutzt werden, verschrieben sind, werden diese nur zurückerstattet, wenn im freien Raum des Rezepts für "Kontingenz" der Code der Gesundheitskarte erscheint, der TSI 002 und TSI 006 (beide eingeschlossen) und DAST (grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung) umfasst.**

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

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

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

3.1.3 Abgrenzungen und Risikoausschlüsse

1. Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz: Medikamente, die nicht im Arzneimittelregister (Vademecum Internacional in Spanien) eingeschlossen sind, deren Wirksamkeit nicht von der spanischen Agentur für Arzneimittel und Gesundheitsprodukte autorisiert ist, Produkte von geringem therapeutischen Nutzen (die nicht als Rezept im spanischen Sistema Nacional de Salud finanziert werden) und deren therapeutische Wirksamkeit nicht durch die Richtlinie der internationalen Referenz (NICE) anerkannt wird), die frei verkäuflichen Medikamente (ohne Rezept) bzw. Werbeartikel, die homöopathischen Arzneimittel, pflanzliche Arzneimittel (aus Pflanzen abgeleitet) und die Hilfsmittel jeglicher Art.

2. Ebenso sind ausgeschlossen - und nicht als Arzneimittel eingestuft - sind die Impfstoffe zur Desensibilisierung und Wirkstoffe für Infektionserreger, Ernährungsergänzungsprodukte, Beruhigungsmittel, Aufbaupräparate, Hautpflegeprodukte, Kosmetik, Mineralwässer, Hygiene- und Hautpflegeprodukte und Badezusätze.

3. Nicht abgedeckt sind Medikamente auf offiziellen Rezepten des Sistema Nacional de Salud und der speziellen Beamtenversorgung, wenn im Raum für "Kontingenz" der Code TSI 001 der Gesundheitskarte für befreite Nutzer erscheint oder der Code NOFIN für Arzneimittel und Gesundheitsprodukte, die nicht finanziert werden oder ATEP, exklusiv für Rezepte nach Arbeitsunfällen oder einer Berufskrankheit.

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

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

Versicherungsnehmer

Versicherte Person

DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.
Geschäftsführer

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line with a large, stylized loop extending downwards and to the right.

DKV | **ERGO** ist das spezialisierte Versicherungsunternehmen, das Ihre Zufriedenheit und vollkommene Sicherheit garantiert. DKV berät Sie in Kranken-, Tagegeld- und Unfallversicherungen, während ERGO sich auf die Zweige Risikoleben-, Hausrat- und Bestattungs-Service-Versicherungen konzentriert.

Folgen Sie uns auf:  

902 499 350
dkvseguros.com

902 499 350
Telefonischer Beratungsdienst durchgeführt durch:

DKV integralia 

Fundación para la integración laboral
de personas con **discapacidad**



**Verantwortungsbewusstes
Unternehmen**

Verantwortlich für Ihre Gesundheit,
für die Gesellschaft und den Planeten.



Wir sind ein
exemplarisches
Unternehmen.



Ein gesundheitlich
orientiertes
Unternehmen