

DKV Gesundheit

Ich passe auf mich auf

DKV Integral

Allgemeine
Versicherungsbedingungen



Achten Sie gut auf
Ihre Gesundheit.

Versicherungspolice
DKV Integral

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

Gezeichnetes und eingezahltes Kapital: 66.110.000 Euro.

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E. ist eingetragen im Spezialregister der spanischen Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones) durch Ministerialverordnung vom 12. Juli 1956. Gesellschaftssitz: Torre DKV, Avenida Maria Zambrano, 31 in 50018 Zaragoza (Spanien). Handelsregister Zaragoza, Buch 1.711, Registerblatt 214, Seite Z – 15.152. Steuernummer A-50004209.

Mod. RE CON-00000
2DNP1.CG/03_V15a
Aktualisierte Ausgabe Januar 2018

Der Inhalt dieses Vertrages einschließlich seiner Anhänge ist urheberrechtlich für DKV Seguros geschützt. Die teilweise oder vollständige Wiedergabe des Inhalts ohne vorherige Genehmigung ist untersagt. Alle Rechte vorbehalten.

DKV Seguros stellt dieses Schriftstück allen interessierten Personen zur Verfügung, die es zur Analyse und Beratung anfordern, auch ohne dass ein konkreter Wunsch nach einem Versicherungsabschluss vorliegt. Damit soll zur Verständlichkeit und Transparenz der Informationen von und über DKV Seguros und der Fachsprache der Versicherungsbranche im Allgemeinen beigetragen werden.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

Wir beantworten Ihre Fragen	5
Programm Gesundes Leben: "Vive la salud"	15
DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden	20
21 1. Digitale Gesundheitsdienste	
23 2. Ärztliche Zweitmeinung nach schwerer Krankheit	
24 3. Zahnmedizinischer Service	
24 4. Zusätzliche Premiumleistungen	
31 5. Telefonisches Kundenservice Center	
Versicherungsvertrag: Allgemeine Versicherungsbedingungen	32
33 1. Vorvertragsklausel	
35 2. Grundlagen. Definitionen	
47 3. Leistungsmodalitäten und Erweiterung der Versicherung	
47 3.1 Gegenstand der Versicherung	
48 3.2 Leistungsmodalität der Versicherung	
49 3.3 Zugang zu den Versicherungsleistungen	
51 3.4 Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die nicht zum DKV-Gesundheitsnetzwerk gehören	
52 3.5 Regressforderungsklausel und Abtretung von Rechten	
53 4. Versicherungsumfang	
53 4.1 Medizinische Grundversorgung	
54 4.2 Notaufnahme	
54 4.3 Medizinische und chirurgische Fachgebiete	
58 4.4 Diagnoseverfahren	
60 4.5 Therapien	
65 4.6 Krankenhausbehandlung	
67 4.7 Zusatzdeckungen	
74 4.8 Exklusive Deckungsleistungen	

74	4.9	Optionale Deckung	
75	4.10	Reiseversicherung	
76	5.	Ausgeschlossene Deckungsleistungen	
83	6.	Karennzeiten und Ausschlussfristen	
84	7.	Grundlagen des Vertrages	
84	7.1	Vertragsabschluss und Versicherungsdauer	
85	7.2	Weitere Obliegenheiten, Pflichten und Befugnisse des Versicherungsnehmers oder des Versicherten	
86	7.3	Weitere Obliegenheiten von DKV Seguros	
86	7.4	Zahlung der Versicherung (Prämien)	
89	7.5	Verlust von Rechten	
89	7.6	Aussetzung und Beendigung des Versicherungsvertrages	
90	7.7	Kommunikation	
90	7.8	Besondere Gesundheitsrisiken	
90	7.9	Steuern und Zuschläge	

Anhang I:	Reiseversicherung	91
-----------	-------------------	-----------

Anhang II:	Exklusive Deckungsleistungen der Versicherung DKV Integral in der Modalität Individual	101
------------	--	------------

**Wir beantworten
Ihre Fragen**

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

In diesem Dokument erläutern wir einen Großteil der Probleme, die sich bei Nutzung der Versicherung ergeben können.

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

Zum Vertrag

Welche Dokumente sind Bestandteil des Versicherungsvertrages?

Der Versicherungsvertrag setzt sich aus dem Versicherungsantrag, der Gesundheitserklärung, den Allgemeinen Bedingungen, den Besonderen Bedingungen, den Ergänzungen und Anhängen und gegebenenfalls aus den Speziellen Bedingungen zusammen.

Was bedeuten die „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“?

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

Welche Unterlagen überreichen wir Ihnen bei Abschluss der Versicherung?

Die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, die Versichertenkarte DKV MEDICARD® für jede versicherte Person und das Ärzte- und Klinikverzeichnis des „DKV-Gesundheitsnetzwerkes“ von DKV Seguros, in dem alle zum Netzwerk gehörenden Ärzte und Kliniken aufgeführt sind.

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 ein weiteres unterschriebenes Exemplar an DKV Seguros zurücksenden. Der Eingang der ordnungsgemäß unterschriebenen Vertragsdokumentation zusammen mit der Zahlung des Erstbeitrages bedeuten die Annahme des Vertrages. Bis diese Voraussetzungen, die Unterschrift und Zahlung nicht erfolgt sind, wird die

Police nicht wirksam, auch wenn in den Besonderen Versicherungsbedingungen ein Datum genannt ist.

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

Es ist uns ein Vergnügen, Ihnen weiterzuhelfen.

Muss ich die Verlängerung meines Vertrages der Gesellschaft ausdrücklich mitteilen?

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

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

Wie gehen wir mit den persönlichen Daten um?

DKV Seguros ist ausdrücklich dazu berechtigt, die persönlichen Daten des Versicherungsnehmers und/oder des Versicherten anzufordern, zu verarbeiten und an Unternehmen der Versicherungsgruppe weiterzugeben.

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

Zudem ist DKV Seguros dazu berechtigt, dem Versicherungsnehmer bzw. den versicherten Personen Informationen über Gesundheitsleistungen, Vorsorgepläne und Programme zur Gesundheitsförderung zu übersenden, die in ihrem Interesse liegen.

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

Versichertenkarte DKV MEDICARD®

Kann ein Arzt aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk von DKV Seguros, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für mich zuständig ist, neben der Kostenübernahmegarantie für bestimmte Leistungen die Vorlage meiner Versichertenkarte DKV MEDICARD® verlangen?

Ja. Mit der Versichertenkarte DKV MEDICARD® müssen Sie sich gegenüber dem jeweiligen Leistungserbringer aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk von DKV Seguros als Kunde von DKV Seguros ausweisen.

Wie hoch ist der Betrag für die einzelne medizinische Leistung?

Sie können die jeweiligen Beträge der Zuzahlungen in der „Übersicht über die medizinischen Leistungen und Zuzahlungen“ sehen, die den Allgemeinen und/oder Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist.

Was muss ich bei Verlust meiner Versichertenkarte DKV MEDICARD® tun?

Sich mit DKV Seguros in Verbindung setzen.

Wir schicken Ihnen eine neue Karte zu.

Wie kann ich mich mit DKV Seguros in Verbindung setzen?

Sie können sich mit dem Kundenservice Center von DKV Seguros telefonisch unter der Rufnummer 976506000 in Verbindung setzen; per Internet unter: dkvseguros.com, oder Sie wenden sich an eine der Geschäftsstellen von DKV Seguros.

Genehmigungen

Welche Tests oder Serviceleistungen müssen in dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, genehmigt werden?

Komplexe diagnostische Untersuchungen, Krankenwagentransporte, Prothesen und chirurgische Implantate, Psychotherapie-Sitzungen, Vorsorgeprogramme und Kontrolluntersuchungen, ärztliche und chirurgische Behandlungen und Krankenhauseinweisungen.

Weitere Informationen zu den Genehmigungen finden Sie auf der Website von DKV Seguros und/ oder im Ärzte- und Klinikverzeichnis oder im DKV-Gesundheitsnetzwerk des laufenden Jahres in Kapitel 2 „Tipps zur Inanspruchnahme

von Serviceleistungen“, in dem alle Diagnoseverfahren und/oder Therapiebehandlungen aufgelistet sind, die keine vorherige Genehmigung von DKV Seguros erfordern.

Wie wird eine Genehmigung beantragt, wenn das Aufsuchen einer Geschäftsstelle von DKV Seguros nicht möglich sein sollte?

Sie können sich mit unserem Kundenservice Center telefonisch unter der Rufnummer 976 506 000 in Verbindung setzen; über die Website von DKV Seguros (dkvseguros.com) oder auch über jede Person, die in Ihrer Geschäftsstelle von DKV Seguros Ihre Versichertenkarte und die ärztliche Verschreibung des Tests vorlegt.

Zahlung des Versicherungsbeitrags

Bezahle ich jeden Monat den gleichen Betrag?

Nein. Bei einigen monatlichen Zahlungen wird Ihnen ebenfalls die Zuzahlung für durchgeführte medizinische Leistungen in Rechnung gestellt.

Warum wird von Jahresvertrag gesprochen, wenn die Beitragszahlung doch 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 auch vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich erfolgen.

Die vom Versicherungsnehmer gewählte Zahlungsweise des Beitrages befreit ihn jedoch nicht von der Pflicht, den gesamten Jahresbeitrag zu entrichten. Bei einer Rückgabe oder Nichtzahlung der Rechnungsbelege ist DKV Seguros berechtigt, den Betrag für den nicht beglichenen Anteil der Jahresprämie einzufordern.

Gesundheitsleistungen

Programm Gesundes Leben: „Vive la salud“?

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

Ist es möglich, am Tag nach Abschluss der Krankenversicherung einen Arzt aufzusuchen?

Ja, ab dem ersten Tag des Inkrafttretens der Versicherungspolice; davon ausgenommen sind einige Serviceleistungen, die einer Karenzzeit unterliegen (siehe Abschnitt 6 „Karenzzeiten“).

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

Nein. Es besteht freier Zugang zu den medizinischen und chirurgischen Fachgebieten in dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist.

Ist für die klinische Psychologie eine Genehmigung erforderlich?

Ja. Für den Zugang zu einem nicht medizinischen Fachgebiet in dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, muss die entsprechende Genehmigung beantragt werden.

Brauche ich für eine Mammographie oder ein Orthopantomogramm eine Genehmigung?

Nein, es ist keine Genehmigung erforderlich. Es bedarf lediglich der schriftlichen Verschreibung eines Arztes aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk.

In welchen Fällen kann ein Hausarztbesuch verlangt werden?

Wenn aufgrund des Gesundheitszustandes des Patienten von einem Arztbesuch bzw. einem Besuch im Krankenhaus vom Arzt abgeraten wird.

Es sind auch Hausbesuche von Krankenschwestern und Krankenpflegepersonal (Praktizierende), in Spanien ATS/DUE genannt, möglich, solange diese von einem Arzt aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, verschrieben werden.

Sind frühere Erkrankungen von der Versicherungspolice gedeckt?

Aufgrund des Vertragstyps sind frühere Erkrankungen nicht gedeckt; es besteht jedoch in einigen Fällen wie zum Beispiel bei allergischem Asthma die Möglichkeit einer Deckung durch Zahlung einer zusätzlichen Prämie.

Was ist im Bereich der Zahnmedizin gedeckt?

Alle Besuche beim Zahnarzt, Extraktionen, stomatologische Kuren, Fluoridbehandlungen, Mundhygiene und die mit diesen Behandlungen verbundene Dentalradiologie sind gedeckt.

Ebenfalls enthalten sind bis zu 14 Jahren Versiegelungen von Rissen und Füllungen.

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

Wie viele Zahnsteinentfernungen jährlich werden durch die Police beglichen?

So viele wie nötig sind, sofern diese von einem Arzt aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, verschrieben werden.

Sind Arzneimittel von der „DKV Integral“ gedeckt?

Nur im Falle einer Krankenhauseinweisung oder eines Krankenaufenthalts, davon ausgeschlossen sind allerdings biologische Arzneimittel oder medizinische Biomaterialien, die nicht ausdrücklich im Abschnitt 4.7 „Chirurgische Implantate“ aufgeführt sind.

Ist die Periduralanästhesie während der Geburt gedeckt?

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

Sind Eingriffe zur Korrektur der Kurzsichtigkeit in der „DKV Integral“ gedeckt?

Mit DKV Seguros haben Sie die Möglichkeit, zu günstigen Sonderkonditionen Zugang zu der refraktiven Laserchirurgie zur Korrektur der Kurzsichtigkeit zu erhalten. Hierzu muss der Versicherte vor dem Eingriff einen Gutschein über den DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden kaufen.

Ist die klinische Psychologie in der „DKV Integral“ gedeckt?

Ja, die Psychotherapie ist bei Einzelpersonen und ambulanter Behandlung gedeckt. Die Behandlung muss von einem Psychiater oder Kinderarzt aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, verschrieben und durchgeführt werden und erfordert die vorherige Genehmigung von DKV Seguros.

Die versicherten Personen haben Anspruch auf diese Leistung bei den nachfolgend genannten Krankheitsbildern, die einen psychologisch-therapeutischen Eingriff erfordern, und nachdem sie eine Zuzahlung, die für jede medizinische Inanspruchnahme oder Sitzung in der „Übersicht über die medizinischen Leistungen und Zuzahlungen“ der Besonderen und/oder Speziellen Versicherungsbedingungen der Police aufgeführt sind, gezahlt haben. Die Leistung wird bis zu einer Höchstgrenze von 20 Sitzungen pro versicherte Person und Jahr gewährt, mit Ausnahme von Therapien, die aufgrund von Ernährungsstörungen (Magersucht, Bulimie), Mobbing in der Schule und/oder geschlechtsbezogener sowie häuslicher Gewalt erfolgen, **wo eine jährliche Höchstgrenze von 40 Sitzungen festgelegt ist.**

- > Psychische Erkrankungen: Depression, Schizophrenie und psychotische Störungen.
- > Verhaltensstörungen: Neurose, Angstzustände, Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung.
- > Essstörungen: Magersucht und Bulimie.
- > Bei Mobbing in der Schule, geschlechtsbezogener und häuslicher Gewalt.
- > Schlafstörungen: Bettnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und Nachtangst.
- > Anpassungsstörungen: Arbeits- und posttraumatischer Stress, Trauer, Scheidung, Pubertät, Posturlaubssyndrom usw.
- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulversagen.

Sollten weitere Sitzungen erforderlich sein, bietet Ihnen DKV Seguros die Möglichkeit, die Sitzungen zu einem Freibetragspreis nach Antragstellung bei DKV Seguros fortzusetzen.

Und die Familienplanung?

Ja. Sowohl das Einsetzen des IUP (**mit Ausnahme der Kosten für das Intrauterinpeppar**) als auch die Tubenligatur (Eileiterunterbindung) und Vasektomie sind in Ihrer Versicherung enthalten.

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

Ist die medizinische Versorgung bei einem Sportunfall mit Knochenbruch gedeckt?

Ja, vorausgesetzt, es handelt sich dabei nicht um eine professionell ausgeübte Sportart, einen offiziellen Wettkampf, oder eine Sportart, die als hochriskant eingestuft wird.

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

DKV Seguros ermöglicht Ihnen den Zugriff auf die Leistung, in der von Ihnen gewünschten Provinz, in der die entsprechende Mittel zur Durchführung der Untersuchung vorhanden sind.

Ist die medizinische Versorgung im Ausland gewährleistet?

Die medizinische Versorgung wird im Ausland nur im Notfall wegen Krankheit oder Unfall durch eine zusätzliche Reiseversicherung bis maximal 180 Tage pro Reise gewährleistet (siehe Anhang I).

Welche Rufnummer muss ich bei einem ärztlichen Notfall während eines Auslandsaufenthalts wählen?

Die Rufnummer +34 91 379 04 34.

Dort erhalten Sie Auskunft, an welches Gesundheitszentrum Sie sich für die medizinische Versorgung wenden müssen.

Krankenhauseinweisungen

Was muss für eine vorgesehene Krankenhauseinweisung erledigt werden?

Sie muss von einem Arzt aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, verschrieben und vorher von DKV Seguros genehmigt werden (eine Auflistung der Versicherungsleistungen, für die eine vorherige Genehmigung erforderlich ist, finden Sie in dem Absatz GENEHMIGUNGEN des Abschnitts „Antworten auf Ihre Fragen“).

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

Was passiert, wenn sich im Notfall kein zum DKV-Gesundheitsnetzwerk gehörendes Krankenhaus in der Gegend befindet?

Sie können sich in jedes beliebige Krankenhaus einweisen lassen, allerdings müssen Sie dies DKV Seguros innerhalb von 72 Stunden nach der Einweisung mitteilen.

Vorausgesetzt, es liegt keine ärztliche Kontraindikation dafür vor, kann DKV Seguros die Krankenhausversorgung in einem zum DKV-Gesundheitsnetzwerk gehörenden Gesundheitszentrum verfügen und die dafür erforderlichen Mittel für eine Verlegung bereitstellen.

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

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

Anregungen und Beschwerden

Wie hat man bei einzureichenden Anregungen oder Beschwerden zu verfahren?

Sie können diese schriftlich an eine unserer Geschäftsstellen oder an den Kundenservice Defensa del Cliente senden. Hierzu können Sie sich auch an den Gesellschaftssitz von DKV Seguros wenden: Torre DKV, Avenida María Zambrano 31 in 50018 Zaragoza, oder per E-Mail an: defensacliente@dkvseguros.es. Sie können sich aber auch telefonisch unter der Rufnummer 976 506 000 an unser Kundenservice Center wenden.

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

In diesem Fall muss zuvor eine Beschwerde beim Kundenservice Defensa del Cliente von DKV-Seguros eingereicht worden sein. (Nähere Informationen über das Verfahren finden Sie im Abschnitt „Vorvertragsklausel“)

Programm Gesundes Leben: „Vive la salud“

DKV Seguros bietet ihren Versicherten die Möglichkeit, auf das **Programm Gesundes Leben: „Vive la salud“** zuzugreifen, mit dem durch verschiedene spezifische Programme Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten gefördert werden sollen, die über das Internet verfügbar sind und auch von den medizinischen Hotlines durch nähere Auskünfte unterstützt werden.

a) Die Ziele dieser Programme sind:

- > Sich gesunde Lebensweisen anzueignen.
- > Bereits angenommene, angemessene gesunde Lebensweisen zu festigen.
- > Vermittlung von Wissen zur Vorbeugung der Risikofaktoren bei Krankheiten.
- > Frühzeitige Erkennung von Krankheiten und entsprechende Ergreifung von Maßnahmen.

- > Persönliche medizinische Beratung: Festlegung eines persönlichen Gesundheitsplans mit konkreten Zielen und kontinuierlicher Unterstützung, um diese zu erreichen.
- > Vermitteln von effektiven Früherkennungsmaßnahmen.
- > Einen gesunden Lebensstil führen und Komplikationen vorhersehen, wenn bereits ein Gesundheitsproblem existiert.

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

- > Informationen, Kurse und Teilnahme an Veranstaltungen.
- > Online-Tools zur Bewertung und Kontrolle.
- > Individuelle Fernbetreuung, um die therapeutischen Ziele zu erreichen.

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

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. Herz-Kreislauf-Prävention. 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 Geburt. Dieser Service wendet sich an alle volljährigen schwangeren versicherten Personen. Das Programm zielt darauf ab, allen schwangeren Versicherten von DKV Seguros Grundinformationen und spezifische Hilfestellungen zur Verfügung zu stellen 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 Maßnahmen, die sich positiv auf die Schwangerschaft,

die Geburt und die Zeit nach der Geburt sowie auf die Pflege für das Neugeborene auswirken.

4. Fettleibigkeit. 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 im Kindesalter. Dieses Programm richtet sich an versicherte Eltern von Kindern mit Übergewicht und Fettleibigkeit. Das Hauptziel dieses Programms ist es, mit Hilfe von ausgewählten Materialien für Kinder und dem persönlichen Rat von Diätassistenten die Unterweisung in Maßnahmen zu einer gesunden Ernährung zu bieten.

6. Eltern-Schule. Dieses Programm zielt darauf ab, eine angemessene Entwicklung der Kinder zu erreichen und eine gesunde Lebensweise zu vermitteln, von der Geburt bis zum Jugendalter. Es bietet Eltern Informationen über Babypflege, d. h. Nahrung, Hygiene, Impfungen, Unfallverhütung, Spiele, Kleidung usw., sowie eine Online-Beratung über die einzelnen Wachstums- und Entwicklungsphasen des Kindes - Kindheit, Pubertät und Jugendalter - sowie ein individuelles Programm für ein gesundes Wachstum.

7. Vorbeugung gegen Brustkrebs.

Dieses Programm richtet sich an alle versicherten Frauen über 35 Jahre. Das Ziel ist eine effektive Brustkrebsvorbeugung oder dessen möglichst frühzeitige Erkennung. Das Programm stellt persönlichen Rat zur Verfügung und gibt Empfehlungen zu den effektivsten Maßnahmen in Bezug auf die Merkmale jeder versicherten Person.

8. Vorbeugung gegen Prostatakrebs.

Dieses Programm wendet sich an Männer über 45 Jahre. Das Ziel ist eine effektive Prostatakrebsvorbeugung oder dessen möglichst frühzeitige Erkennung. Das Programm stellt persönlichen Rat zur Verfügung und gibt Empfehlungen zu den effektivsten Maßnahmen in Bezug auf die Merkmale jeder 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 vaginalen Abstrichen 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 Bewertung und Vorbeugung von Risikofaktoren an. Es verfügt auch über ein medizinisches Experten-Team für Prävention und gesunde Lebensweise, das laufend individuelle Beratung bietet.

11. Prävention des Schlaganfalls.

Der Schlaganfall oder der vorübergehende Hirnschlaganfall sind in Spanien gegenwärtig die zweithäufigste Todesursache nach der ischämischen Herzerkrankung. Er wird als plötzliche Entwicklung von Veränderungen in der Gehirnfunktion, die länger als 24 Stunden andauern, mit einer entweder hämorrhagischen oder ischämischen Ursache definiert. Das Vorsorgeprogramm für Schlaganfälle wendet sich an Erwachsene, im Besonderen an Risikogruppen oder Menschen mit einer Vorgeschichte im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Diabetes, Hypertonie, Hypercholesterinämie oder Adipositas). Den Versicherten werden Online-Tools zur Einschätzung dieser Risikofaktoren

sowie auch ein Expertenteam zur Verfügung gestellt, das die Risikopatienten bei der Einführung von gesunden Lebensgewohnheiten mittels eines fortlaufenden individuellen Betreuungsprogramms unterstützt.

12. Prävention von Stress am

Arbeitsplatz. Das Programm richtet sich an alle, die einer Beschäftigung nachgehen und dient dazu, sich darüber bewusst zu werden, dass es eine Beeinflussung der verschiedenen Selbstverwirklichungs-Sphären der Personen gibt (Familie, sozial, Arbeit), die ein Glücklichein verhindern, oder zwar keinen Stress verursacht haben, jedoch mehrere Risikofaktoren diesbezüglich aufweisen.

c) Zugang:

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

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

DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden

Durch den Vertragsabschluss der Krankenversicherung „DKV Integral“ erhält der Versicherte in beiden Modalitäten– sowohl als Einzel- als auch als Gruppenversicherung – Zugang zu den digitalen Gesundheitsdiensten und zusätzlichen Premiumleistungen des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden ("DKV Club Salud y Bienestar"), die sich vom Versicherungsschutz unterscheiden und nachfolgend aufgeführt sind.

Die Einzelheiten für den Zugang zu diesen Serviceleistungen finden Sie auf der Internetseite **dkvclubdesalud.com** oder unter den im Ärzte- und Klinikverzeichnis von DKV Seguros angegebenen Rufnummern.

1. Digitale Gesundheitsdienste

a) Telefonische Beratung

1.1 24-Stunden-Service

Den Versicherten von DKV Seguros steht ein 24-Stunden-Service als telefonische Unterstützung zur Verfügung. Die dortigen Mitarbeiter,

Ärzte und Verwaltungspersonal koordinieren und aktivieren die medizinische Betreuung durch einen Hausbesuch je nach abgeschlossener Versicherung und Standort des Wohnsitzes.

1.2 24-Stunden Ärzteline der DKV

Diese Leistung bietet den bei DKV Seguros versicherten Personen eine medizinische Telefonberatung und stellt Informationen bereit, um Sorgen und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome und diagnostischer Tests sowie allgemeiner Gesundheitsprobleme oder über Arzneimittel aufzuklären.

1.3 24 Stunden kinderärztliche Hotline

Dieser Service bietet den Versicherten von DKV Seguros eine medizinische Telefonberatung durch einen Arzt oder einen Kinderarzt, der Auskunft gibt und Fragen zu Symptomen, Untersuchungen und Gesundheitsproblemen bei Kindern unter 14 Jahre beantwortet

1.4 Medizinische Hotline zu Übergewicht bei Kindern

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

1.5 Medizinische Hotline bei Schwangerschaft

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

1.6 Medizinische Hotline für Frauen

Diese Leistung stellt den bei DKV Seguros versicherten Frauen eine medizinische Telefonberatung durch weibliche Ärzte zur Verfügung, um Informationen zu geben und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome, der Ergebnisse von Diagnosen und allgemeiner Gesundheitsprobleme oder spezieller Medikamente im Zusammenhang mit Frauenkrankheiten aufzuklären.

1.7 Telefonische Hotline für Sportmedizin

Dieser Service bietet den Versicherten von DKV Seguros eine medizinische Telefonberatung im Bereich der Sportmedizin durch Ärzte und Ernährungsberater. Sie erteilen Auskunft und beseitigen Zweifel über die Vorbeugung von Verletzungen, geeignete Sportübungen und beraten bei den Pathologien, die ein Sporttraining als Teil der vom Arzt beschriebenen Behandlung enthalten.

1.8 Medizinische Hotline für Ernährungsfragen

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

1.9 Medizinische Hotline für Tropenkrankheiten

Dieser Service stellt den bei DKV Seguros versicherten Personen eine medizinische Telefonberatung oder Online-Beratung zur Verfügung, um Informationen bereitzustellen und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome, der Ergebnisse von Diagnosen, allgemeiner Gesundheitsprobleme, über Prophylaxe und spezielle Arzneimittel bei Auslandsreisen aufzuklären.

1.10 Hotline bei psychisch-emotionalen Problemen

Der Versicherte kann drei psychologische Beratungen von jeweils dreißig Minuten pro Jahr wahrnehmen und von einem Team von qualifizierten Psychologen betreut werden, das jeden Fall individuell untersucht.

Öffnungszeiten an Werktagen von 8.00 Uhr bis 21.00 Uhr, unter vorheriger Terminvereinbarung.

b) Kostenfreies Tool zur Selbstfürsorge

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

Die App „**Ich möchte selbst gut auf mich aufpassen**“ ist ein allen frei zur Verfügung stehendes Tool zur Selbstfürsorge, womit Ihr Gesundheits-Index berechnet werden kann, ein Wert von 0 bis 1000 zur gesunden Lebensführung, der sich nach 9 Indikatoren richtet (BMI, Glucose, Cholesterin, Blutdruck, Schlafqualität, emotionales Wohlbefinden, körperliche Aktivität, Konsum von Tabak und Ernährung).

Darüber hinaus können Sie an Aktionsplänen teilnehmen, um an verbesserungswürdigen Indikatoren zu arbeiten.

c) App für medizinische Betreuung rund um die Uhr mit Symptomprüfer

Die App, um Ihre Fragen jederzeit und von überall aus zu beantworten.

Dieser Service beinhaltet einen Symptomprüfer, der Ihnen schnelle und zuverlässige Antworten zu Gesundheitsfragen bietet.

Darüber hinaus können Sie sich per Telefon, Videoranruf oder Chat von einem Arzt beraten lassen und jederzeit auf Ihre vorherigen Fragen zugreifen. All das auf eine einfache, sichere Weise und unter vollständiger Wahrung der Vertraulichkeit.

2. Ärztliche Zweitmeinung bei schwerer Krankheit

2.1 Zweite ärztliche Meinung

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

Diese Experten werden den entsprechenden medizinischen Krankheitsverlauf studieren und ihre Meinung in Bezug auf die Diagnose sowie mögliche Behandlungsalternativen anbieten.

2.2 Zweite bioethische Meinung

Durch diesen kostenlosen Service im Falle einer schweren Krankheit erhält der Versicherte oder sein Arzt Zugang zu einer Beratung und zweiten Meinung von Spezialisten im Bereich der Bioethik, die vertraulich ist, und die aus der Ferne seine medizinischen Unterlagen prüfen und ihre Meinung über die bioethischen Aspekte einer Behandlung oder eine heikle medizinische Entscheidung abgeben.

3. Zahnmedizinischer Service

Dieser Service ermöglicht den Versicherten den Zugang zu zahnmedizinischen Leistungen zu günstigen Sonderkonditionen, die nicht von der Versicherungspolice gedeckt sind, wenn sie Zahnkliniken aufsuchen, die zu dem DKV-Gesundheitsnetzwerk gehören, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist.

Bei jeder Verlängerung des Versicherungsvertrags hat DKV Seguros das Recht, das Zahnärzteteam aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, die zahnärztliche Zuzahlung und die darin enthaltenen zahnärztlichen Leistungen zu ändern.

4. Zusätzliche Premiumleistungen

Die versicherte Person hat Zugang - direkt oder mittels Ermäßigungsgutscheinen - zum **„Netzwerk DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden“** bei gleichzeitiger Übernahme der Kosten. In diesem Club hat sie Anspruch auf verschiedene ergänzende Serviceleistungen, die der Förderung der Gesundheit, der Prävention, für ästhetische Verbesserungen, der persönlichen Selbstfürsorge, Rehabilitation und Wiederherstellung des physischen und emotionalen Wohlbefindens dienen, sowie auch auf medizinische Leistungen und Familienhilfen verschiedener Art und profitiert von Preisnachlässen und/oder speziellen Preisen, die unter den marktüblichen Preisen liegen.

Jeweils abhängig von der Art der Serviceleistung, die die versicherte Person im **„Netzwerk DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden“** in Anspruch nehmen möchte, werden zwei Arten des Zugangs unterschieden:

- > **Direktzugang zur Serviceleistung:** die versicherte Person informiert sich auf der Website **dkvclubdesalud.com** über die Preise der verfügbaren Behandlungszentren oder Leistungserbringer, vereinbart direkt mit dem Leistungserbringer einen Termin und identifiziert sich bei Ankunft im Behandlungszentrum mit ihrer Versichertenkarte oder

der Versicherungsnummer von DKV Seguros. Dies ist erforderlich, damit ihr der Leistungserbringer den **speziellen Preis für den DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden** in Rechnung stellt. Abschließend zahlt die versicherte Person den Betrag für die Serviceleistung direkt an den Leistungserbringer.

- > **Zugang mit Ermäßigungsgutschein:** in anderen Fällen ist es zur Inanspruchnahme einiger Serviceleistungen des „**Netzwerkes DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden**“ allerdings notwendig, im Voraus einen Ermäßigungsgutschein zu erwerben. Diese können entweder auf der Website **dkvclubdesalud.com**, telefonisch unter den Rufnummern 976 506 010 | 902 499 150 oder direkt in jeder Zweigstelle von DKV Seguros erworben werden.

Bei jeder Verlängerung des Versicherungsvertrags kann DKV Seguros das „Netzwerk DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden“, die Preisnachlässe, Preise und Serviceleistungen des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden ändern, neue Serviceleistungen aufnehmen oder einige der bisher angebotenen Serviceleistungen streichen, um das Angebot von Serviceleistungen an die Bedürfnisse der versicherten Personen anzupassen.

4.1 Serviceleistungen zur Förderung der Gesundheit

4.1.1 Wellness-Leistungen: Kurorte und städtische Spas

DKV Seguros stellt den versicherten Personen Ermäßigungsgutscheine zur Verfügung, um Zugang zu Kurbehandlungen, zur Hydrotherapie (Anwendungen mit Wasser), zur Bewegungstherapie, zu Behandlungen der Lymphdrainage oder Hautstraffung zu günstigen Sonderkonditionen zu erhalten.

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

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

4.1.2 Sporthallen und Fitnessstudios

Zugang zu den im „Netzwerk DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden“ eingebundenen Fitnessstudios mittels eines Ermäßigungsgutscheins zu günstigen Sonderkonditionen.

4.1.3 Diät- und Ernährungsberatung

Zugang mit einem speziellen Preis zu einer persönlichen Beratungsstunde zwecks Einschätzung der Situation und Ausarbeitung eines Diätplans, und dessen anschließende Überwachung.

4.2 Präventive Serviceleistungen

4.2.1 Prädiktive genetische Untersuchungen

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

4.2.2 Programm zur Raucherentwöhnung

Zugang zu einem neuartigen Service zu günstigen Sonderkonditionen mittels eines Ermäßigungsgutscheins, um das Rauchen mithilfe von verschiedenen Techniken endgültig aufzugeben.

4.2.3 Kryokonservierung in Stammzellenbank mit hämatopoetischen Stammzellen der Nabelschnur

Die Transplantation der Stammzellen aus dem Nabelschnurblut ist derzeit eine gängige Behandlungsmethode für viele schwere Erkrankungen (Leukämie, Lymphdrüsenkrebs, Neuroblastome, Thalassämie - Erkrankung der roten Blutkörperchen - usw.). Die versicherten Personen, die Zugang zu diesen Serviceleistungen zu günstigen Sonderkonditionen haben möchten, können einen Ermäßigungsgutschein erwerben, der die Sammlung, den Transport, vorläufige Analysen sowie die Einlagerung der hämatopoetischen Stammzellen aus der Nabelschnur jedes ihrer Kinder in einer privaten Bank für einen Zeitraum von 20 Jahren (mit der Möglichkeit einer Verlängerung) umfasst.

4.2.4 Biomechanische Ganganalyse

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

4.3 Medizinische kosmetische oder ästhetische Serviceleistungen

4.3.1 Refraktive Laserchirurgie bei Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Astigmatismus

DKV Seguros stellt ihren versicherten Personen über den Erwerb von Ermäßigungsgutscheinen ein Netz von spezialisierten Augenkliniken zu günstigen Sonderkonditionen zur Verfügung, die sich auf die Laserbehandlung von Refraktionsfehlern (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit sowie bei Hornhautverkrümmung) spezialisiert haben.

4.3.2 Chirurgische Korrektur der Altersweitsichtigkeit

Die Presbyopie, auch als Alterssichtigkeit bekannt, ist eine Sehstörung, die in der Regel zwischen dem 40. und dem 45. Lebensjahr eintritt und sich in der abnehmenden Fähigkeit des Auges äußert, sich anzupassen. Dadurch hat der Patient Schwierigkeiten, in der Nähe zu sehen. DKV Seguros bietet ihren versicherten Personen zu günstigen Sonderkonditionen über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins den Zugang zu einem Vertragsnetz von Augenkliniken, die auf die chirurgische Korrektur mittels Implantierung von intraokularen Linsen spezialisiert sind.

4.3.3 Plastische Chirurgie und Medizin

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

4.4 Ergänzende medizinische Serviceleistungen

4.4.1 Behandlung mittels künstlicher Befruchtung

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

4.4.2 Alternative Therapien

DKV Seguros stellt ihren Versicherten im Rahmen des „Netzwerkes DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden“ ein Vertragsnetz von Homöopathen, Akupunkteuren und Osteopathen und Masseuren mit speziellen Preisen für Beratungen oder Sitzungen zur Verfügung.

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

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

4.4.2.3 Osteopathie oder Chiropraktik: Eine 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.

4.4.3 Psychologie

Zugang zu den Psychologen des „Netzwerks DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden“ mit speziellen Preisen für die Durchführung psychologischer oder psychometrischer Tests oder Psychotherapiesitzungen, **wenn die in den allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegte jährliche Höchstgrenze pro Versicherten überschritten ist.**

4.5 Serviceleistungen für die persönliche Selbstfürsorge

4.5.1 Hörgeräteakustik

Diese Leistung ermöglicht über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins die Durchführung eines Hörtests im Netzwerk der Hörzentren des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden sowie den Kauf von Hörgeräten zu günstigen Sonderkonditionen.

4.5.2 Haargesundheit

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

4.5.3 Serviceleistungen für den Optiker

Die versicherte Person kann über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins bedeutende Nachlässe im Optiker-Netzwerk des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden erhalten, um Sehhilfen (Brillenfassungen und Brillengläser), Kontaktlinsen sowie Hygiene- und Reinigungsmittel zu erwerben.

4.5.4 Orthopädie

Die versicherte Person hat mit einem Ermäßigungsgutschein die Möglichkeit zum Kauf von orthopädischen Geräten zu sehr wettbewerbsfähigen Preisen.

4.5.5 Online-Drogerie

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

4.6 Krankengymnastik oder Rehabilitation

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

DKV Seguros bietet ihren Versicherten einen logopädischen Dienst in Form einer Sprachtherapie mit speziellen Preisen pro Sitzung für die Behandlung von Störungen der Lautbildung, der Sprache oder Aussprache bei Indikationen, die nicht von der Versicherung (einschließlich Störungen der neurologischen Entwicklung, des Erlernens der Sprache, Legasthenie, Dyslalie, Stottern usw.) gedeckt sind.

4.6.2 Therapien für die obstruktive Schlafapnoe

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

4.6.3 Trainings- oder Rehabilitationsprogramm für den Beckenboden

Die versicherte Person kann zudem mittels eines Ermäßigungsgutscheins des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden am Programm für Training oder Rehabilitation des Beckenbodens mit dem Birdi-Kit teilnehmen, das auf den Übungen nach Kegel basiert. Über Handy oder PC/Tablet werden in einem Web-Portal die Übungen überwacht und die

Aktivität des Beckenbodenmuskels registriert, und können somit von der Nutzerin bzw. dem Arzt verfolgt werden.

4.7 Sozial-Gesundheitsleistungen und Hilfeleistungen für Familien

4.7.1 Unterstützung für Familienangehörige oder Alleinstehende im Krankenhaus.

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

4.7.2 Häusliche Betreuung nach der Geburt

Medizinische Fachkräfte unterstützen Sie bei alltäglichen Aufgaben mit dem Neugeborenen oder zeigen Ihnen Erholungsübungen. Zudem betreuen sie auch die Entwicklung der Mutter, achten auf Anzeichen von Angstzuständen und Depressionen sowie Fortschritte des Neugeborenen, helfen bei der Laktation (Stillen), der Nahrungszubereitung sowie der Hygiene der Mutter und des Neugeborenen.

4.7.3 Häusliche Serviceleistungen

Serviceleistungen, die durch qualifiziertes Personal erbracht werden und eine Reihe von nützlichen Betreuungen für Personen, die eine Minderung ihrer Autonomie 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:

Fachkräfte unterstützen die Versicherten bei der persönlichen Körperhygiene, Mobilität im häuslichen Umfeld sowie persönlicher Hygiene und Wechsel der Körperhaltung bei bettlägerigen Personen.

b) Hauswirtschaftliche Hilfe:

Das erfahrene Fachpersonal unterstützt Sie bei der Reinigung Ihrer Wohnung, bei Haushaltseinkäufen und sogar bei der Zubereitung von Mahlzeiten.

4.7.4 Service von Fernbetreuung mit fest installierten oder mobilen Geräten.

Der Service ist individuell angepasst und wird durch Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte 24 Stunden täglich an 365 Tagen im Jahr innerhalb und außerhalb der Wohnung gewährleistet, zu dem man Zugang über ein spezielles Terminal hat. Das sind mobile oder festinstallierte Telefonanlagen, die ständig mit einer Alarmzentrale für Notfälle verbunden sind.

4.7.5 Serviceleistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes.

Hierbei handelt es 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 im häuslichen Umfeld barrierefrei zu verbessern.

4.7.6 Netzwerk von Altersheimen

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

4.7.7 System betreutes Wohnen

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

5. Kundenservice Center

Beratungen, Informationen und Genehmigungen.

Die versicherten Personen von DKV Seguros haben Anspruch auf einen Telefonservice, über den sie sich über das Ärzte- und Klinikverzeichnis informieren, Genehmigungen beantragen, Versicherungspolicen und Serviceleistungen beantragen können sowie Anregungen und jede Art von Formalitäten erledigen können, ohne eine Geschäftsstelle aufsuchen zu müssen.

Allgemeine Versicherungsbe- dingungen

1. Vorvertragsklausel

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 in Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, in 50018 Zaragoza, obliegt dem Königreich Spanien und insbesondere dem Wirtschaftsministerium, vertreten durch die spanische Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen “Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones”.

Der Vertrag besteht aus den folgenden Unterlagen:

- > Allgemeine Bedingungen.
- > Besondere Bedingungen.
- > Spezielle Bedingungen (nur für entsprechende Fälle).
- > Ergänzungen oder Anhänge.

Die Transkriptionen von oder Verweise auf Gesetze erfordern keine ausdrückliche Annahme, weil sie ohnehin rechtlich bindend sind.

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:

- > Dem vorläufigen Informationsdokument über die Versicherung (Versicherungsantrag).

- > Gesundheitserklärung.

An jede Geschäftsstelle von DKV Seguros, über den Verbraucherschutzservice von DKV Seguros, oder über unser Kundenservice Center.

Beschwerden können schriftlich an die Adresse der Defensa del Cliente von DKV Seguros gesendet werden: Torre DKV, Avenida Maria Zambrano 31 in 50018 Zaragoza; per E-Mail: defensacliente@dkvseguros.es. Oder telefonisch unter der Rufnummer unseres Kundenservice Centers: 976 506 000.

Der Kunde kann die Form der Antwort und die Adresse, an die die Antwort gesendet werden soll, selbst wählen. 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.

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

Sobald das Vorverfahren gegenüber DKV Seguros genehmigt ist, wird ein Verwaltungsverfahren eingeleitet.

Ungeachtet der vorstehenden Rechtsmittel können Sie vor dem zuständigen Gericht eine Beschwerde einlegen.

2. Grundlagen. Definitionen

Im Sinne des vorliegenden Vertrages bezeichnet:

A

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 entweder unmittelbar nach dem Geburtsvorgang erkannt werden oder aber auch später zu jedem anderen Zeitpunkt im Leben des Versicherten.

Antiangiogenese

Biologisches Arzneimittel, das auf den vaskulären endothelialen Wachstumsfaktor (VEGF) einwirkt, der für die Bildung neuer Blutgefäße (Angiogenese) essentiell ist und sein Wachstum hemmt.

Ambulante medizinische Versorgung

Dabei handelt es sich um die diagnostische und/oder therapeutische medizinische Versorgung im Rahmen der ambulanten Versorgung, die in Arztpraxen, in der Wohnung des Patienten und/oder in einem Krankenhaus oder Klinik üblicherweise ohne Übernachtung und einen Aufenthalt von weniger als 24 Stunden bedingt (z. B. Notfallbox, Tagesklinik usw.).

Die ambulante Chirurgie ist in diesem Konzept nicht enthalten.

Arzt

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

Arzthonorare

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

Zum medizinischen Fachpersonal zählen neben Chirurgen, Assistenzärzten, Anästhesisten und Hebammen auch alle weiteren, zur Durchführung des Eingriffs oder der medizinischen Versorgung erforderlichen medizinischen Fachkräfte.

Ausschlussfrist

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

B

Besondere Pflegestation

Besondere Leistung bzw. besonders ausgestatteter Bereich eines Krankenhauses, die bzw. der sich auf die Durchführung bestimmter Behandlungen von Fachärzten und klinischem Fachpersonal konzentriert.

Biomaterial

Alle Materialien, ganz gleich, ob natürliche (biologische tierischen oder menschlichen Ursprungs) oder künstliche (von Menschen hergestellte), die bei der Herstellung von Geräten oder Medizinprodukten verwendet werden und mit biologischen Systemen interagieren und in verschiedenen Fachgebieten der Medizin angewendet werden.

Biologisches oder synthetisches Material

Es wird auch als biologische Prothese bezeichnet, die durch eine spezielle Technik implantiert wird und ein Organ oder seine Funktion ersetzt, regeneriert oder ergänzt.

Zelltransplantationen für regenerative Zwecke gehören zu diesem Konzept.

C

Chirurgischer Eingriff

Jede Operation zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken, die von einem Chirurgen oder einem Operationsteam durch einen Schnitt oder eine andere interne Maßnahme durchgeführt wird und in der Regel nur in einem zugelassenen Gesundheitszentrum durchgeführt werden darf.

Chirurgische Prothesen

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

D

DKV-Gesundheitsnetzwerk

Alle Ärzte und medizinischen Einrichtungen, die mit DKV Seguros auf nationaler Ebene zusammenarbeiten und je nach vertraglich abgeschlossener Modalität variieren können.

E

Eigenmittel

Ärzte und Zentren, d. h. Leistungserbringer, die zu dem DKV-Gesundheitsnetzwerk gehören, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist.

Einschränkende Klausel

Eine Vereinbarung im Rahmen des Versicherungsvertrags, der den Umfang der Gewährleistung einschränkt oder widerruft, wenn ein risikorelevanter Umstand eintritt.

Eintrittsalter

Dies ist das Alter, das die versicherte Person am nächsten Geburtstag erreicht, auch wenn dieser Geburtstag noch nicht erreicht wurde, unter Bezugnahme auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens oder der Verlängerung der Police

Enzymatische und/oder molekulare Inhibitoren

Gesteuerte biologische Arzneimittel, die auf ein therapeutisches Ziel, intra- oder extrazellulär, einwirken und die Erzeugung und Übertragung von Signalen im Zellwachstumsweg hemmen. Zu dieser therapeutischen Untergruppe gehören Inhibitoren der enzymatischen Transkription auf verschiedenen Ebenen (z. B. Inhibitoren der Proteinkinase, Tirosinkinase Proteosomen usw.).

F

Fragebogen oder Gesundheitserklärung

Fragebogen, der Bestandteil des Vertrages ist, 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 Bewertung möglicherweise beeinflussen können.

Fremdmittel

Ärzte und Zentren, d. h. Leistungserbringer, die nicht zu dem DKV-Gesundheitsnetzwerk gehören, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist.

Frühgeburt

Als Frühgeburt gilt jede Geburt, die nach der 20. Woche und vor der 37. Schwangerschaftswoche stattfindet, sofern die Schwangerschaft nicht schon vor dem Datum der Aufnahme dieser Leistung in die Versicherungspolice begonnen hatte und der Versicherte bereits davon wusste.

G

Genetische oder Genterapie

Dieses Verfahren ermöglicht die Behandlung von Erbkrankheiten, Krebs, Infektionen und anderen Krankheiten durch die Änderung des zellulären Genoms.

Die Genterapie besteht darin, durch verschiedene Vektoren genetisches Material in eine Zielzelle einzusetzen, um eine therapeutische Wirkung zu erzielen (Synthese eines Proteins von Interesse, Ausgleich eines genetischen Defizits, Stimulierung der Immunreaktion gegen einen Tumor oder Resistenz gegen eine Infektion durch einen Virus).

Große ambulante Chirurgie

Alle chirurgischen Eingriffe, die in einem Operationssaal unter Vollnarkose, lokaler oder regionaler Anästhesie bzw. Sedierungsanästhesie durchgeführt werden, und die eine nur geringe und kurzfristige Nachsorge erfordern, so dass kein Krankenhausaufenthalt erforderlich ist und der Patient wenige Stunden nach dem Eingriff entlassen werden kann.

H

Helikale Strahlentherapie oder Tomotherapie

Die in Echtzeit bildgesteuerte helikale Strahlentherapie, auch Tomotherapie genannt, integriert die Magnetresonanztomographie und einen mit mehreren Lamellen (64 Lamellen) versehenen binären Linearbeschleuniger in demselben Gerät. Dabei handelt es sich um eine fortgeschrittene Form der Strahlentherapie, die es ermöglicht, vor der Bestrahlung ein dreidimensionales Bild des Tumors (3D-Bild) zu erhalten und somit die Strahlung aus vielen verschiedenen Richtungen auf den Tumor zu konzentrieren, da sich die Strahlungsquelle der Maschine um den Patienten in Form einer Spirale dreht. Sie wird auch helikoidale Tomotherapie genannt.

I

Implantat

Medizinprodukt, das dazu bestimmt ist, durch einen chirurgischen Eingriff oder eine spezielle Technik für diagnostische, therapeutische und/oder ästhetische Zwecke vollständig oder teilweise in den menschlichen Körper eingeführt zu werden und dort nach dem Eingriff zu verbleiben.

Immuntherapie oder biologische Therapie

Die Immuntherapie oder biologische Therapie (manchmal auch als Biotherapie oder modifizierende Therapie der biologischen Aktivität bezeichnet) basiert auf der Modifizierung, Stimulierung oder Wiederherstellung der Fähigkeit des Immunsystems, gegen Krebs, Infektionen und andere Krankheiten zu kämpfen. Es wird auch verwendet, um bestimmte Nebenwirkungen zu verringern, die einige onkologische Behandlungen verursachen können. Die Substanzen oder Arzneimittel, die in der antitumoralen Immuntherapie verwendet werden, sind: unspezifische Immunmodulatoren, Interferone, Interleukine, Wachstumsfaktoren oder Koloniestimulanzien, monoklonale Antikörper oder antitumorale Antigen-spezifische Mittel, Zytokintherapien und Impfstoffe.

Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT)

Dabei handelt es sich um eine Art konforme dreidimensionale Strahlentherapie, die Bilder verwendet, die von einem Computer mittels Computerprogrammen der inversen Planung erstellt wurden, um die Größe und Form eines Tumors zu zeigen und die Strahlenbündel eines mit mehreren Lamellen versehenen Linearbeschleunigers unter verschiedenen Winkeln und mit unterschiedlicher Intensität in Richtung des Tumors zu steuern, indem sie die maximale Intensität in diesem konzentriert und die Dosis auf die gleiche Dosis beschränkt, die das angrenzende gesunde Gewebe erhält. Sie wird auch als RIM bezeichnet.

K

Kardiologische Rehabilitation

Alle Maßnahmen, die notwendig sind, um nach einem akuten Herzinfarkt aus physischer Sicht ein optimales funktionelles Niveau wiederzuerlangen.

Karenzzeit

Die Karenzzeit ist der vertraglich festgelegte Zeitraum, ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Versicherung, in dem einige der in den Garantien der Police enthaltenen Deckungsleistungen noch nicht

wirksam sind. Dieser Zeitraum wird für jeden der darin enthaltenen Versicherten in Monaten ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Police gerechnet.

Kleinere ambulante Chirurgie

Jede medizinische Versorgung bei Verfahren, die chirurgische oder andere einfache Eingriffe erfordern, die in der Arztpraxis an oberflächlichem Gewebe und im Allgemeinen nur mit örtlicher Betäubung durchgeführt werden. Die am häufigsten verwendeten Techniken sind die chirurgische Exzision und die Kroytherapie.

Klinische Psychologie

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

Klinischer Psychologe

Examinierter Psychologe, dessen Fachgebiet die klinische Psychologie ist.

Kosten-Nutzen-Analyse

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

Krankenhaus oder Klinik

Jede öffentliche oder private Einrichtung, die für die Behandlung von Krankheiten, Verletzungen, Unfällen gesetzlich zugelassen ist, über die notwendigen Mittel zur Diagnose und Durchführung von chirurgischen Eingriffen verfügt und in der eine ständige medizinische Betreuung gegeben ist.

Krankenhausaufenthalt zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung

Notwendige Einweisung ins Krankenhaus zur medizinischen Behandlung oder Durchführung von chirurgischen Eingriffen.

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

Krankenhausaufenthalt aus sozialen bzw. familiären Gründen

Hierbei handelt es sich um die Einweisung oder die Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes, die nach Urteil eines Arztes von DKV Seguros nicht auf objektive medizinische Pathologien zurückzuführen sind, sondern vielmehr einen sozialen oder familiären Hintergrund haben. Diese Fälle sind nicht durch die Police gedeckt.

Krankheit oder Verletzung

Jede Veränderung des Gesundheitszustandes einer Person, die während der Gültigkeitsdauer der Police eintritt und keine Folge eines Unfalls ist und deren Diagnose und Bestätigung von einem gesetzlich anerkannten Arzt in dem Ort oder Land, in dem er seine Leistungen erbringt, erbracht wird.

L

Lebensbedrohliche Notsituation

Als lebensbedrohliche Notsituation wird jene betrachtet, die eine unmittelbare und nicht aufschiebbare medizinische Versorgung erfordert (innerhalb von wenigen Stunden), da eine verzögerte Versorgung zu einer Gefährdung des Lebens oder zu irreparablen Schäden an der körperlichen Unversehrtheit des Patienten führen kann.

M

Material der Osteosynthese

Ein Teil oder Element jeder Art, das verwendet wird, um die Enden eines gebrochenen Knochens zu verbinden oder Gelenkenden zu verschweißen.

Medizinische Komplettversorgung

Diese Deckung umfasst alle Fachgebiete und Gesundheitsleistungen in den Grundversorgungsmodulen

der Versicherung für fachärztliche Behandlungen und ergänzende diagnostische Verfahren und Behandlung sowie die Versorgung im Krankenhaus und die Chirurgie.

Medizinische Spitzentechnologie

Bezieht sich auf neue Anwendungen der Elektronik, Informatik, Robotik und Biotechnik auf dem Gebiet der Medizin, insbesondere in der diagnostischen Technologie und medizinischen Behandlung. Diese Techniken zeichnen sich durch hohe Investitionskosten und speziell dafür benötigtes Fachpersonal aus und unterliegen den Berichten der Agenturen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien (AETS), um zu überprüfen, ob ihre Sicherheit und Wirksamkeit bei den verschiedenen Indikationen ausreichend groß ist, um die vorhandene Technologie zu ersetzen.

Modalität Einzelversicherung

Im Sinne der Vertragsschließung wird die Versicherung als Modalität Einzelversicherung bezeichnet, wenn mindestens 1 Person und höchstens 9 Personen versichert sind, die alle unabhängig vom versicherten Interesse verbunden sind und die in der Regel Familienangehörige ersten Grades (der Versicherungsnehmer, sein Ehegatte oder Lebenspartner und seine nicht emanzipierten Kinder unter 30 Jahre, die im selben

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

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 welche die gesetzlichen Bedingungen der Versicherungsfähigkeit erfüllen. Ihre Versicherungsdeckung ist entweder durch obligatorischen Zugang (colectivo cerrado) oder freiwillig (colectivos abiertos o cofinanciados) zu Vertragskonditionen zustande gekommen, die DKV Seguros vorab mit einem Kollektivpartner vereinbart hat.

N

Neonatalogie

Jedes medizinische oder chirurgische Verfahren im Krankenhaus, das ein Neugeborenes in den ersten vier Lebenswochen (28 Tage) betrifft.

Neurorehabilitation

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

NICE-Richtlinien

Das nationale Institut für Gesundheit und klinische Exzellenz (NICE) ist eine gemeinnützige öffentliche Einrichtung, die 1999 als dem Gesundheitsministerium von Großbritannien unterstehende Einrichtung ins Leben gerufen wurde und **für die Bereitstellung von Informationen und Beratung des Personals im Gesundheitswesen zuständig ist und somit** über die Prävention und Behandlung von Krankheiten informiert sowie **Empfehlungen auf der Grundlage verfügbarer wissenschaftlicher Erkenntnisse über den therapeutischen Nutzen (Sicherheit und Kosten-Nutzen) von bestimmten Gesundheitstechnologien und Arzneimitteln (einschließlich Radiopharmaka und antitumorale oder onkologische Arzneimittel) abgibt.** Die NICE-Richtlinien zur

klinischen Praxis sind weltweit anerkannt und die am weitesten ausgereiften, weshalb sie als **Nachschlagewerk zur Bewertung von Chemotherapie und onkologischer Strahlentherapie mit Effizienzkriterien ausgewählt wurden**, da ihre Empfehlungen auf Artikeln mit dem höchsten Beweisgrad basieren, und nicht auf Veröffentlichungen von Expertengruppen oder anderen Artikeln.

O

Orthopädisches Material oder Orthesen

Medizinprodukte für die äußere, dauerhafte oder vorübergehende Verwendung, die individuell an den Patienten angepasst, die strukturellen oder funktionellen Bedingungen des neuromuskulären oder Skelettsystems verändern, wobei ihre Implantation niemals einen chirurgischen Eingriff erfordert.

P

Police

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

Der Versicherungsantrag und die Gesundheitserklärung sind ebenfalls Teil der Police.

Prämie

Dabei handelt es sich um den Preis der Versicherung. Der Beleg enthält zudem die gesetzlich vorgegebenen Zuschläge und Steuern.

Psychotherapie

Behandlungsmethode, die durch Indikation oder Verschreibung eines Psychiaters an einer Person eingesetzt wird, die an einem psychischen Konflikt leidet.

R

Radikale oder onkologische Chirurgie

Chirurgisches Verfahren nach einer onkologischen Diagnose in der Brust oder in anderen Organen.

Regenerative Medizin

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

Roboter- oder computergestützte

Chirurgie Man bezeichnet die Art von chirurgischen Eingriffen als Roboterchirurgie, die ein Roboter bildgeführt oder computergestützt nach den Anweisungen eines Chirurgen durchführt und der dabei von einem laparoskopischen Navigationssystem geführt und/ oder durch ein Computersystem in der virtuellen Realität oder durch chirurgische Navigation mit vom Computer erhaltenen 3D-Bildern unterstützt wird.

R

Rehabilitation

Physiotherapien, die von einem Traumatologen, Neurologen, Rheumatologen oder Physiotherapeuten verschrieben und von einem Physiotherapeuten in einem Rehabilitationszentrum durchgeführt werden. Diese Therapien gelten der Wiederherstellung der Teile des Stütz- und Bewegungsapparats, die infolge einer innerhalb der Versicherungsgültigkeit erfolgten Krankheit oder eines Unfalls beeinträchtigt sind.

S

Schmerzbehandlung

Medizinischer Dienst, der auf die Behandlung von chronischen Schmerzen spezialisiert ist.

Stationäre medizinische Versorgung

Die stationäre medizinische Versorgung oder medizinische Versorgung in Krankenhäusern oder Kliniken, bei der zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung der versicherten Person ein Krankenhausaufenthalt von mindestens 24 Stunden erforderlich ist.

U

Unfall

Jegliche Art von Körperverletzung, die während der Vertragsdauer durch eine gewaltsame oder plötzliche Ursache, oder durch äußeres oder fremdes Verschulden und in keinem Zusammenhang mit der Absicht des Versicherten stehende Ursache hervorgerufen wird, die zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Invalidität oder sogar zum Tod führt.

Unanfechtbarkeit der Police

Der Vertrag sieht vor, dass Vorerkrankungen, die ab dem Jahr des Vertragsabschlusses oder der Aufnahme neuer versicherter Personen diagnostiziert werden, mit im Versicherungsschutz eingeschlossen sind, sofern diese der versicherten Person nicht bekannt waren und er diese nicht absichtlich beim Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens verschwiegen hat.

V

Verkehrsunfall

Der durch den Versicherten als Fußgänger, Nutzer öffentlicher Verkehrsmittel, Linien- oder Charterflüge, Fahrer eines Autos oder Beifahrer in denselben, Fahrer eines Fahrrads oder Kleinkraftrads erlittenen Verletzungen, wenn er sich auf jeder Art von öffentlichen Verkehrswegen oder privater für die Öffentlichkeit zugänglicher Verkehrswege befindet.

Versicherer

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

Versicherter

Die Person, der medizinische Versorgung zur Verfügung gestellt wird.

Versicherungsantrag oder vorläufiges Informationsdokument

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

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 von der versicherten Person zu erfüllen sind.

Vorerkrankung

Damit ist der Zustand oder Status der Gesundheit gemeint, der nicht

unbedingt pathologisch ist (z. B. Schwangerschaft), und der bereits vor **dem Zeitpunkt der Aufnahme** des Versicherten in die Police begonnen hat.

Vorheriges Bestehen

Damit ist der Gesundheitszustand (z. B. Schwangerschaft), die organische Veränderung oder Störung gemeint, der/die bereits vor dem Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung bestand, unabhängig davon, ob diese von einem Arzt diagnostiziert wurde.

Z

Zytostatikum

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

Zusatzprämie

Zusätzlicher Betrag oder zusätzliche Prämie, der bzw. die für ein von der Deckung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausgeschlossen Risiko zu zahlen ist.

Zuzahlung

Dies ist der festgelegte Betrag für jede medizinische Behandlung, die der Versicherungsnehmer und/oder Versicherte für die Nutzung des DKV-Gesundheitsnetzwerkes, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für ihn zuständig ist, übernimmt und in der Übersicht über die medizinischen Leistungen und Zuzahlungen der Besonderen Bedingungen und/oder Speziellen Bedingungen der Police aufgeführt ist.

3. Leistungsmodalitäten und Erweiterung der Versicherung

3.1 Gegenstand der Versicherung

Mit dieser Police garantiert DKV Seguros den versicherten Personen im Rahmen der Beschränkungen dieser Allgemeinen sowie auch der Besonderen und der Speziellen Versicherungsbedingungen und/ oder des Fragebogens zur Erklärung des Risikos, dass die nachfolgend aufgeführten medizinisch-chirurgischen und stationären Leistungen in den beschriebenen Fachrichtungen bei Erkrankungen und Verletzungen gewährt werden, die in der Leistungsübersicht über die Deckungen der Police aufgeführt sind, sofern der entsprechende Beitrag entrichtet wurde.

Die diagnostischen und therapeutischen Fortschritte, die in der medizinischen Wissenschaft im Zeitraum des Versicherungsschutzes dieser Versicherung auftreten, können nur dann Teil der Deckungen der Police werden, wenn:

1. Die Validierungsstudien über Sicherheit und Kosten-Nutzen durch einen positiven Bericht der Agenturen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien bestätigt werden, die wiederum von den Gesundheitsdiensten der Autonomen Gemeinschaften oder des Gesundheitsministeriums abhängig sind.

2. Sie ausdrücklich in den in Artikel 4 „Versicherungsumfang“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Behandlungsmethoden eingeschlossen sind.

DKV Seguros wird bei jeder Verlängerung dieser Police die Techniken oder Behandlungen detailliert beschreiben, die Teil der Deckungen der Police für den nächsten Versicherungszeitraum sind.

3.2 Leistungsmodalität der Versicherung

Die Krankenversicherung „DKV Integral“ bietet über das DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, landesweit medizinische und chirurgische Behandlungen von Krankheiten oder Verletzungen für die jeweils abgeschlossenen und in der Leistungsübersicht über die einzelnen Deckungen beschriebenen Fachgebiete, sofern der ständige Wohnsitz des Versicherten in Spanien liegt, sofern nicht ausdrücklich anders DKV Seguros angegeben.

Die Versicherung beruht auf der freien Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern, die im DKV-Gesundheitsnetzwerk landesweit zur Verfügung stehen, das je nach vertraglich abgeschlossener Modalität variieren kann.

Wenn es in einem Ort eine der im Versicherungsvertrag enthaltenen Versicherungsleistungen nicht geben sollte, wird diese nach Wahl des Versicherten in der Ortschaft zur Verfügung gestellt, wo diese erbracht wird.

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

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

Die Leistungsmodalität der Versicherung und bestimmte Deckungen können je nach Art der vom Versicherten abgeschlossenen Versicherung variieren. Für die Zwecke des Vertrages gibt es 2 Leistungsmodalitäten, die Modalität Einzelversicherung mit Zugang zu ausschließlichen Deckungen für diese Modalität (siehe Anhang II) und die Modalität Gruppenversicherung ohne Zugang zu den Deckungen der erstgenannten Modalität.

Teil der Vorschriften zur Nutzung dieser Versicherung ist die Zahlung bestimmter Zuzahlungen durch den Versicherten, die ihm den Zugang zu bestimmten Leistungen ermöglichen.

In keinem Fall werden Entschädigungen in bar als Ersatz für die Erbringung von Leistungen der medizinischen Versorgung gewährt.

3.3 Zugang zu den Versicherungsleistungen

DKV Seguros händigt dem Versicherungsnehmer die Versichertenkarte DKV MEDICARD® aus, die zur persönlichen Nutzung und nicht übertragbar ist, und der Identifizierung jeder begünstigten Person dient. Weiterhin erhält der Versicherungsnehmer alle, jeweils an die vertraglich abgeschlossene Modalität angepassten Informationen

über das DKV-Gesundheitsnetzwerk, in dem alle im Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen, Ärzte, Diagnostik-Zentren, Kliniken und Krankenhäuser, Notfallaufnahmen und andere medizinische Zentren unter Angabe der jeweiligen Adresse und Öffnungszeiten aufgeführt sind.

Bei Inanspruchnahme von Leistungen in dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, entrichtet die versicherte Person einen bestimmten Betrag für durchgeführte medizinische Behandlungen (siehe Abschnitt: „Wir beantworten Ihre Fragen“ - Versichertenkarte DKV MEDICARD®).

Die durch die Versicherung gedeckten medizinischen Leistungen können entweder frei zugänglich sein oder eine vorherige Genehmigung von DKV Seguros erfordern.

In der Regel haben Sie freien Zugang zur medizinischen Grundversorgung, zu den medizinischen und chirurgischen Fachgebieten sowie auch zu Notfallsprechstunden und grundlegenden diagnostischen Verfahren.

Für Krankenhauseinweisungen, für medizinisch-chirurgische Eingriffe, für Prothesen und chirurgische

Implantate, für psychotherapeutische Sitzungen, für Präventionsprogramme oder Vorsorgeuntersuchungen, Transporte im Krankenwagen, therapeutische Behandlungen und diagnostische Verfahren ist eine Genehmigung erforderlich. Welche Behandlungen im Einzelnen eine Genehmigung erfordern, finden Sie in dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist.

Um sich als Versicherter von DKV Seguros gegenüber jedem Arzt oder Zentrum aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, zu erkennen zu geben, muss der Versicherte die Versichertenkarte DKV MEDICARD® vorlegen.

Möglicherweise ist er auch verpflichtet, seinen Personalausweis bzw. ein anderes offizielles Identifikationsdokument (Reisepass, NIE usw.) vorzulegen, wenn dies vom medizinischen Personal oder Assistenzpersonal verlangt wird.

DKV Seguros wird die entsprechenden Genehmigungen für den Zugang zu den Leistungen mit der entsprechenden Verschreibung eines Arztes aus dem DKV-

Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, und nach entsprechenden administrativen Überprüfungen erteilen, sofern es sich nicht um eine Leistung handelt, die nicht durch die Police gedeckt ist.

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

Unbeschadet der in den vorherigen Artikeln genannten Bestimmungen ist bei Notfällen die Verschreibung eines Arztes aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, ausreichend, sofern die versicherte Person oder eine Person in ihrem Namen DKV Seguros den Fall nachweislich meldet und innerhalb von 72 Stunden nach Einlieferung

in das Krankenhaus oder nach der Notfallbehandlung die Zusage und Genehmigung zur Notfallbehandlung von DKV Seguros eingeholt hat.

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

Die Genehmigungen können telefonisch bei unserem Kundenservice Center unter der Rufnummer 976 506 000, über die Website www.dkvseguros.com oder in jeder Geschäftsstelle von DKV Seguros beantragt werden.

3.4 Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die nicht zum DKV-Gesundheitsnetzwerk gehören

DKV Seguros ist weder für Honorare von Leistungserbringern, die nicht zu dem DKV-Gesundheitsnetzwerk gehören, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, noch für die Kosten für Krankenhausaufenthalte und Leistungen verantwortlich, die diese Ärzte möglicherweise verschreiben.

Ebenso wenig ist DKV Seguros für die Kosten für Krankenhausaufenthalte und Leistungen in öffentlichen oder privaten Behandlungszentren verantwortlich, die nicht von DKV Seguros vertraglich gebunden wurden, und somit nicht zu dem DKV-Gesundheitsnetzwerk gehören, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, ganz gleich, welcher Arzt diese verschrieben und durchgeführt hat.

In lebensbedrohlichen Fällen, deren Konzept in diesem Dokument definiert ist, und nur nach ausdrücklicher Genehmigung der Gesellschaft übernimmt DKV Seguros die Kosten für die medizinische Versorgung von Leistungserbringern, die nicht zu dem DKV-Gesundheitsnetzwerk gehören, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist.

Der Versicherte muss dies DKV Seguros innerhalb von 72 Stunden nach der Einlieferung ins Krankenhaus oder dem Beginn der Leistungserbringung nachweislich mitteilen.

Wann immer es die klinische Situation des Patienten erlaubt, wird dieser in eines der Zentren aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für ihn zuständig ist, verlegt.

Für die Versorgung im Ausland beinhaltet die Police einen Auslandsreiseschutz, den Sie unter der Rufnummer +34 91 379 04 34 in Anspruch nehmen können.

3.5 Regressforderungsklausel und Abtretung von Rechten

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

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

4. Versicherungsumfang

Die Fachgebiete, Gesundheitsleistungen und andere Leistungen, zu denen dieser Vertrag berechtigt, sind die folgenden:

4.1 Medizinische Grundversorgung

Allgemeinmedizin: umfasst die medizinische Versorgung sowohl in der Arztpraxis als auch zu Hause, und die Verschreibung von grundlegenden diagnostischen Verfahren.

Pädiatrie und Säuglingspflege: umfasst die medizinische Versorgung für Kinder bis zu 14 Jahren sowohl in der Arztpraxis als auch zu Hause, und die Verschreibung von grundlegenden diagnostischen Verfahren.

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

Kinderkrankenpflege (Injektionen und Wundversorgung): Versorgung durch Krankenschwestern oder Krankenpflegepersonal (ATS/DUE), die in der Arztpraxis und zu Hause auf schriftlichen Antrag des Arztes, der den Versicherten behandelt, zur Verfügung gestellt wird.

Transport im Krankenwagen: In dringenden Fälle umfasst die Versicherung den Transport auf dem Landweg von dem Ort, an dem sich die versicherte Person befindet, bis zu einem Krankenhaus aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für sie zuständig ist und in dem sie behandelt werden kann, und umgekehrt, wenn besondere Umstände vorliegen, die es der versicherten Person aus gesundheitlichen Gründen unmöglich machen, die üblichen Transportdienste (öffentliche Verkehrsmittel, Taxi oder privates Fahrzeug) zu nutzen.

Transporte im Brutkasten sind ebenfalls in der Versicherung eingeschlossen.

In allen Fällen ist die schriftliche Verschreibung eines Arztes aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, zusammen mit einem Bericht erforderlich, in dem ausdrücklich die Notwendigkeit einen Krankentransports angegeben ist.

4.2 Notaufnahme

Permanenter Notdienst und Notaufnahme: Um in dringenden Fällen medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, muss sich die versicherte Person zu einem der zu dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für sie zuständig ist, gehörenden Zentren begeben.

Sollte sich die versicherte Person im Falle eines lebensbedrohlichen Notfalls zu einer Notfallaufnahme in einem Zentrum begeben müssen, das nicht zu dem DKV-Gesundheitsnetzwerk gehört, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für sie zuständig ist, muss die versicherte Person oder eine Person in ihrem Namen dies innerhalb von 72 Stunden nach der Aufnahme nachweislich mitteilen.

Vorausgesetzt, es liegt keine gegenteilige ärztliche Einschätzung dafür vor, kann DKV Seguros die Krankenhausversorgung in einem Gesundheitszentrum, das zum DKV-Gesundheitsnetzwerk gehört, verfügen und die dafür erforderlichen Mittel für eine Verlegung bereitstellen.

4.3 Medizinische und chirurgische Fachgebiete

Allergologie und Immunologie: Die Impfstoffe sind vom Versicherten zu tragen.

Anästhesie und Reanimation: einschließlich der Periduralanästhesie.

Angiologie und Herz-und Gefäßchirurgie.

Verdauungssystem.

Kardiologie und Kreislauferkrankungen: beinhaltet die kardiale Rehabilitation nach einem akuten Herzinfarkt.

Herz-Kreislaufchirurgie.

Allgemeine Chirurgie und Magen-Darm-Chirurgie: Einschließlich der bariatrischen Chirurgie, wenn der Body-Mass-Index gleich oder größer als vierzig ist (krankhafte Fettleibigkeit) in landesweiten Referenzzentren, die zum DKV-Gesundheitsnetzwerk gehören.

Oral- und Kieferchirurgie.

Kinderchirurgie.

Plastische und rekonstruktive

Chirurgie: umfasst chirurgische Eingriffe zur Wiederherstellung von Verletzungen, im Wesentlichen durch Plastiken und Transplantate.

Davon ausgeschlossen ist die plastische Chirurgie zu ästhetischen Zwecken, außer in diesen beiden Fällen:

1. Onkoplastische Brustrekonstruktion nach einer Brustentfernung und, wenn nötig, während dieses chirurgischen Eingriffes die Remodellierung der kontralateralen gesunden Brust (maximale Grenze, ein Jahr nach der onkologischen Chirurgie). Hierbei ist das Brustimplantat, die Hautexpander und das Gewebe für die Brustrekonstruktion enthalten.

2. Brustverkleinerung bei Frauen über 18 Jahren mit Gigantomastie (mehr als 1.500 Gramm oder ml Volumen in jeder Brust), die zudem einen Abstand von der Brustwarze zur oberen Sternum-Kerbe von mehr als 32 cm aufweisen, einen Body-Mass-Index von kleiner oder gleich 30 aufweisen und das Entfernen von mindestens 1.000 Gramm pro Brust erfordern.

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

Periphere Gefäßchirurgie: umfasst die Verwendung eines endoluminalen Lasers im Operationsaal zur Behandlung von Krampfadern, vorbehaltlich der Einzelheiten des Abschnitts 5.f („Ausgeschlossene Deckungsleistungen“) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

Endokrinologie und Ernährung.

Geriatric.

Gynäkologie: umfasst die Diagnose und Behandlung von Frauenkrankheiten. Die jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung, Familienplanung, die Verwendung eines chirurgischen Lasers (CO₂, Erbium und Diode) und die Diagnose von Sterilität (Unfruchtbarkeit) sind in den Deckungsleistungen eingeschlossen.

Die Behandlungen der künstlichen Befruchtung sind vom Versicherten zu tragen (siehe Abschnitt „Zusätzliche Leistungen“).

Hämatologie und Hämotherapie.

Hebammen: Auf Geburtshilfe spezialisierte Krankenschwestern oder Krankenpflegepersonal (ATS oder DUE).

Innere Medizin.

Nuklearmedizin.

Nephrologie.

Neonatologie.

Pneumologie-Atmungssystem: umfasst die Therapie zu Hause bei schwerem obstruktivem Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom (OSAS) (siehe Abschnitt 4.5 „Therapien“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Neurochirurgie.

Neurologie.

Geburtshilfe: umfasst die Überwachung der Schwangerschaft und die Betreuung bei der Geburt.

Sie beinhaltet das „Dreifach-Screening“ oder EBA-Screening (kombinierter Test in den ersten drei Monaten) und Amniozentese oder Biopsie oder Biopsie von Corium mit dem Erhalt des chromosomalen Karyotyps zur Diagnose von fetalen Anomalien.

Der genetische Test des pränatalen Screenings des mütterlichen Bluts auf Trisomie 21 (Down) 18 (Edwards) und 13 (Patau) ist nur bei Risikoschwangerschaften, Mehrlingsschwangerschaften und einer Vorgeschichte wiederholten Fehlgeburten (zwei oder mehr) unbekannter Ursache gedeckt, sowie wenn der kombinierte Test in ersten Schwangerschaftsdrittel positiv ausfällt (wenn das Risiko einer Anomalie im Fötus größer als 1/250 ist).

Ebenfalls gedeckt ist der **nicht-invasive Test der Lungenreife des Fötus im letzten Drittel der Schwangerschaft**, anstelle der Amniozentese, um Atemwegserkrankungen bei Neugeborenen zu erkennen und ihnen vorzubeugen, wenn aufgrund von Komplikationen während der Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt oder einen elektiven Kaiserschnitt vor der 37. Schwangerschaftswoche besteht.

Odontostomatologie: umfasst alle Besuche beim Zahnarzt, Extraktionen, stomatologische Kuren, Mundhygiene und die damit verbundene Dentalradiologie.

Außerdem sind bis zu 14 Jahren Versiegelungen von Rissen und Füllungen gedeckt.

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

Augenheilkunde: umfasst die Technik Cross-Linking oder korneale Vernetzung, Hornhauttransplantationen und die Verwendung eines chirurgischen Lasers, mit Ausnahme der Korrektur von Sehfehlern (Kurzichtigkeit, Weitsichtigkeit und Astigmatismus) und der Altersweitsichtigkeit, **diese sind vom Versicherten zu tragen** (siehe Abschnitt „Zusätzliche Leistungen“).

Onkologie: umfasst die intraoperative molekulare Analyse der Sentinel-Lymphknoten im frühen Brustkrebsstadium ohne lymphatische Ausbreitung unter Verwendung der OSNA-Technik.

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: umfasst die Adenotonsillotomie und Chirurgie der Nasenmuscheln oder Turbinoplastik durch Radiofrequenz, und die Verwendung eines chirurgischen Lasers im Operationssaal **außer in der Chirurgie des Schnarchens, obstruktive Schlafapnoe oder Uvulopalatopharyngoplastik.**

Proktologie: umfasst die Verwendung eines chirurgischen Lasers zur Behandlung der rektalen und hämorrhoidalen Pathologie.

Psychiatrie: hauptsächlich neurobiologische Behandlungen.

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 Stütz- und Bewegungsapparates, die durch Krankheit oder Unfall verletzt wurden, wiederherzustellen.

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

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

Rheumatologie.

Traumatologie: umfasst die arthroskopische Chirurgie, perkutane Nukleotomie, Chemonukleolyse.

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

4.4 Diagnoseverfahren

Diese müssen von einem Arzt aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, unter Angabe des

Grundes für die Untersuchung verschrieben werden. Hierbei sind alle Kontrastmittel, die für die diagnostischen Tests, die in diesen Abschnitt aufgeführt sind, erforderlich sind.

Klinische Analysen, pathologische Anatomie und Zytopathologie.

Radiologische Diagnose: umfasst komplexe diagnostische Radiologie-Techniken (mit Kontrast), Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) sowie Knochendensitometrie.

Endoskopien: diagnostische und/oder therapeutische sowie Endoskopien des Verdauungstraktes.

Kapselendoskopie: ist für die Diagnose von Blutungen und/oder Darmblutungen unbekannten oder verborgenen Ursprungs enthalten.

Bronchoskopien: diagnostische und/oder therapeutische.

Kardiologische Diagnostik: Elektrokardiogramm, Stresstest, Echokardiogramm, Holter, Doppler und Hämodynamik.

Sie umfasst auch die Mehrschicht-Koronartomographie (TC 64) und die kardiale Spektographie (kardiale SPECT) nach einem akuten Herzinfarkt und postoperativen kardialen Pathologien.

Neurophysiologie:

Elektroenzephalogramm,
Elektromyogramm usw.

Schlaflabor: Polysomnographie in pathologischen Behandlungen auf Antrag eines Facharztes.

Interventionelle Radiologie oder invasive Radiologie der Gefäße und Eingeweide.**Optische Kohärenztomographie (OCT):**

In der ophthalmologischen Diagnose nach den allgemein anerkannten Verfahren der klinischen Praxis.

Diagnostische Spitzentechnologie:

Wird in nationalen Referenzzentren in dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, zur Verfügung gestellt.

a) umfasst die Mehrschicht-Computertomographie-Angiographie (CT-Angiographie) und Angioresonanz (MR-Angiogramm) zur **Diagnose von arterieller und venöser zerebraler und abdominaler vaskulärer Pathologie, Überwachung und Kontrolle der Integrität von Gefäßprothesen, Beurteilung von Arterienerweiterungen oder Aneurysmen, vaskuläre Fehlbildungen und Koartationen unabhängig von ihrem Standort.**

b) Arthographie per Kernspinresonanz (MR-Arthographie) bei schwer diagnostizierbarer osteochondraler und tendinöser Pathologie, Magnetresonanztomographie-Cholangiographie (MRC) und Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie (MRCP) zum Ausschluss der cholezystektomierten Choledocholithiasis und onkologische Pathologie in Gallen- und Bauchspeicheldrüsenbahnen.

c) Die Urographie durch Mehrschicht-Computertomographie (CT-Urographie) der Harnwege (Sammelsystem, Harnleiter und Blase) zur Untersuchung von angeborenen Anomalien, nach radikaler Operation der Harnwege, sowie bei Kontraindikationen von intravenöser Urographie (IVU) oder Ureterorenoskopie.

d) hierin enthalten ist die Positronenemissionstomographie (PET), einzeln oder in Kombination mit der Computertomographie (PET TC) **bei Krebsprozessen und anderen klinischen Indikationen, die im Datenblatt des radioaktiven Arzneimittels 18Fluorodeoxyglucose (18F-FDG) aufgeführt sind. Dieses Arzneimittel wird gewöhnlich zu deren Ausführung genutzt, sofern sie von der spanischen Arzneimittelbehörde (AEMPS) genehmigt sind.**

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

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

g) die **Echobronchoskopie (EBUS) oder die endobronchiale Ultraschalluntersuchung** zur Diagnose von **an den bronchialen Baum angrenzender** onkologischer Pathologie (in der Lunge und Mediastinum - Mittelfellraum), die nicht mit anderen Mitteln zugänglich ist, und, falls notwendig, deren Biopsie.

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

4.5 Therapien

Aerosoltherapie, Atemtherapie und Sauerstofftherapie, bei Lungen- oder Atemwegserkrankungen, Therapie nur im Krankenhaus und zu Hause.

Die Arzneimittel sind vom Versicherten zu tragen.

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

Schmalband UV-B-Phototherapie (UVB-SB). In zum „DKV-Gesundheitsnetzwerk“ gehörenden Referenzzentren auf nationaler Ebene zur Behandlung der **ausgedehnten**

Psoriasis (mehr als 20 % der betroffenen Oberfläche des Körpers) und von **chronischen idiopathischen juckenden und entzündlichen Hauterkrankungen großer Ausdehnung** (Rumpf und Gliedmaßen), **wenn die medikamentöse Behandlung nicht wirksam war. Es gibt eine jährliche Höchstgrenze von 35 Sitzungen pro Versicherten.**

Therapie zu Hause im Fall eines schweren obstruktiven Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndroms (OSAS): durch mechanische Geräte, die Druckluft (CPAP oder BiPAP) in den oberen Luftwegen erzeugen, **bis zu einer Höchstgrenze von zehn Sitzungen pro versicherter Person und Jahr, wenn der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) pro Stunde größer als 30 ist.** Umfasst die Dosistitration-Polysomnographie, um das Gerät einzustellen und das geeignete Behandlungsniveau zu erreichen.

Strahlentherapie: umfasst lineare Elektronenbeschleuniger, Kobalttherapie, intrakranielle stereotaktische Neurochirurgie, intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) **und radioaktive Isotope, deren diagnostischer oder therapeutischer Nutzen durch die EMA (European Medicines Agency) und den klinischen NICE-Richtlinien unterstützt wird.**

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

Umfasst die neueste Generation der externen, an die Atembewegungen adaptierte Strahlentherapie, um die benachbarten, gesunden Organe zu schützen (RT-4 / RT-6D):

1. Intrakranielle fraktionierte stereotaktische Strahlentherapie (RTEF)

bei Tumoren des Nasopharynx und Tumoren in der Nähe von Nervenstrukturen.

2. Volumetrische modulierte

Bewegungsbestrahlung (VMAT) bei Brust- und Bauchtumoren.

3. Stereotaktische fraktionierte extrakranielle oder Körper-Strahlentherapie außerhalb des Schädels oder des Körper (SBRT-Therapie) und volumetrische modulierte bildgeführte

Bewegungsbestrahlung (VMAT-IGRT) bei Tumoren oder Metastasen, die aufgrund ihrer Lage nicht entfernt werden können (solitäre pulmonale Knötchen oder Lungenkrebs mit nicht-kleinen Zellen in lokalisiertem Stadium, Karzinome und Metastasen der Leber, der Lunge, der Wirbelsäule, der Nebennieren sowie inoperable primäre Bauchspeicheldrüsen-Tumore).

Brachytherapie: zur Behandlung von Prostatakrebs und gynäkologischen, Genital- und Brustkrebs.

Dialyse und Hämodialyse: diese Leistung wird sowohl ambulant als auch im Krankenhaus mit Einweisung erbracht, und zwar ausschließlich für die Behandlung genau an den Tagen, an denen die versicherte Person an akutem Nierenversagen leidet.

Chronische Erkrankungen sind ausdrücklich davon ausgeschlossen.

Podologie: chiropodische Behandlungen.

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

Alle Kosten, die sich aus der Implantation des Organs ergeben, sowie die Histokompatibilitätstests sind gedeckt.

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

Transplantate: die Autotransplantate von Haut und Knochen und Allotransplantate von Knochen, Sehnen und Bändern, die von den Knochen- und Gewebebanken erhalten werden, sind gedeckt.

Transfusionen von Blut und/oder Plasma im Krankenhaus mit Einweisung.

Therapie mit thrombozytenreichem Plasma oder thrombozytenreichen Wachstumsfaktoren (PRGF): bei Eingriffen zum Gelenkersatz (Arthroplastik) und in der chirurgischen Behandlung von Frakturen, die nicht heilen (Pseudarthrose).

Physiotherapie: Physiotherapeutische Behandlungen müssen von ausgebildeten Fachkräften in dafür geeigneten Rehabilitationszentren durchgeführt werden, die den Anforderungen des Abschnitts 4.3 in Bezug auf Rehabilitationszentren und neurologischen Rehabilitationszentren entsprechen. **Zudem ist zur Durchführung von Physiotherapien zur Wiederherstellung der Funktionen des Stütz- und Bewegungsapparats die vorherige Verordnung eines Physiotherapeuten, Traumatologen, Rheumatologen oder Neurologen notwendig. Die klinischen Indikationen, die im Abschnitt 4.3 (Absatz „Neurorehabilitation für erworbene schwere Hirnschäden“)** aufgeführt sind, erfordern die Verordnung eines Neurologen.

Lasertherapie und Magnetfeldtherapie als Techniken der Rehabilitation.

Lithotripsie der Nieren und der Gallenblase mit extrakorporalen Stoßwellen.

Muskel-Skelett-Lithotripsie (maximal fünf Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr) in Referenzzentren des „DKV-Gesundheitsnetzwerkes“ auf nationaler Ebene, bei der Pseudarthrose (verzögerte Frakturheilung), Osteonekrose (Knocheninfarkt) und bei chronischer Sehnenscheidenentzündung (mehr als 3 Monate Dauer) des Schulter-, Ellenbogengelenks, der Kniescheibe, der Ferse und Sohle des Fußes, wenn eine medizinische Therapie und/oder Rehabilitation erfolglos war.

Therapeutische Hochtechnologie:

Wird in nationalen Referenzzentren in dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, zur Verfügung gestellt.

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

> Die umlaufende Isolierung der Lungenvenen, wenn ein äußerst symptomatisches paroxysmales Vorhofflimmern (mit drei oder mehr Episoden pro Jahr) vorliegt und die versicherte Person unter 70 Jahren alt ist.

- > Ein anhaltendes symptomatisches Vorhofflimmern (mehr als ein Jahr), das gegen Antiarrhythmika (2 oder mehr Antiarrhythmika, einschließlich Amiodaron) refraktär ist, sofern keine Komorbidität vorliegt (z. B. arterielle Hypertonie, SDM, Schlafapnoe ...), und die Größe des linken Vorhofs kleiner als 5 cm ist.
- > Die atrialen oder ventrikulären Arrhythmien (Herzrhythmusstörungen) im Zusammenhang mit angeborenen Herzerkrankungen.
- > Die komplexen atrialen Arrhythmien ohne strukturelle Herzerkrankung, wenn mindestens zwei vorher mit herkömmlichen radiologischen Systemen geführte Ablationen keine Wirkung zeigten.

b) Therapie der Hornhautvernetzung oder Hornhaut-Cross-Linking:

zur Behandlung der Keratokonus (Verformung der Hornhaut) in ihren ersten Phasen und von degenerativen oder traumatischen Hornhautektasien, außer wenn sie die Folge einer Laserchirurgie zur Korrektur von Sehfehlern sind (vom Versicherungsschutz ausgeschlossen).

c) Intrakranielle und spinal-tumorale Chirurgie, die durch Neuronavigation (3D) unterstützt wird.

Computergestütztes Bilddigitalisierungssystem, um den Chirurgen in Echtzeit bei komplexen oder risikoreichen neurologischen Eingriffen zu führen.

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

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

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

zur Früherkennung des verborgenen Prostatakarzinoms (über die aktuellen Immunanalysen nicht nachweisbar) in Fällen von hohem klinischen Verdacht mit anhaltend erhöhtem PSA (mehr als 6 Monate) und bei negativen vorherigen, durch Ultraschall geführten Prostata-Biopsien.

f) Chirurgische Entfernung mittels Endoskopie der Schleimhaut oder Mukosektomie

zur lokalen Behandlung von prä-malignen oder malignen oberflächlichen Läsionen des Verdauungstraktes (begrenzt auf die Schleimhautschicht und mit einer Größe gleich oder kleiner als 2 cm groß), zur Durchführung von umfassenden diagnostischen Biopsien und zur Begrenzung des Tumorwachstums.

Logopädie und Phoniatrie: umfasst mit Verschreibung von einem HNO-Arzt die Stimmtherapie zur Wiederherstellung der Stimme bei Veränderungen der Stimmbänder aufgrund organisch bedingter Ursachen (infektiöse, traumatische und onkologische Pathologie).

Logopädische Rehabilitation: gedeckt ist die **Therapie von Störungen der Sprech- und Sprachentwicklung** bei Sprachbehinderungen (Artikulation, Redegewandtheit, orale Dysphagie) und das Erlernen der Sprache beim Kind (rezeptiv und expressiv), mit **einer Höchstgrenze von 10 Sitzungen/ pro versicherter Person und Jahr**, und bei der Rehabilitation nach einer Veränderung oder dem Verlust der Sprache **bei Erwachsenen nach einem akuten Schlaganfall bis zu maximal 20 Sitzungen/pro versicherter Person und Jahr**.

Onkologische Chemotherapie: es wird ein Antitumor- Zytostatikum bereitgestellt, das vom Patienten und gegebenenfalls auch vom implantierbaren Reservoir für die intravenöse Infusion sowohl ambulant im Krankenhaus, in der Tagesklinik, als auch während des Krankenhausaufenthaltes benötigt werden kann, sofern es von dem Facharzt, der sich um die Behandlung kümmert, verschrieben wird.

In Bezug auf Arzneimittel übernimmt DKV Seguros die Kosten für spezifische **Zytostatika**, die auf dem nationalen Markt verkauft werden, sofern sie vom Gesundheitsministerium zugelassen sind und im Absatz „Zytostatika“ des Abschnitts 2 „Grundlagen. Definitionen“ aufgeführt sind, sowie auch **endovesikale Instillationen** mit BCG und **palliative Arzneimittel ohne Antitumor-Wirkung**, die gleichzeitig in derselben Behandlung zusammen mit den Zytostatika verabreicht werden, um ihre schädlichen Auswirkungen oder Nebenwirkungen zu vermeiden und/oder die Symptome der Krankheit zu kontrollieren.

4.6 Krankenhausbehandlung

Die Behandlung im Krankenhaus erfolgt in Kliniken oder Krankenhäusern mit vorheriger schriftlicher Verschreibung eines Arztes aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, und mit der entsprechenden Genehmigung.

Dies umfasst die Kosten von Krankenhausaufenthalten sowie medizinische und chirurgische Kosten infolge der Behandlungen.

Darüber hinaus sind in dieser Modalität folgende Leistungen ausdrücklich enthalten:

- > Onkologische Behandlungen: Strahlentherapie, Brachytherapie und Chemotherapie.
- > Therapie mit thrombozytenreichem Plasma oder thrombozytenreichen Wachstumsfaktoren: bei Eingriffen zum Gelenkersatz und in der chirurgischen Behandlung von Frakturen, die nicht heilen (Pseudarthrose).
- > OSNA-Analyse oder Technik: intraoperative molekulare Analyse der Sentinel-Lymphknoten im frühen Brustkrebsstadium ohne lymphatische Ausbreitung.
- > Lithotripsie der Nieren und der Gallenblase, der Muskeln und des Skeletts.
- > Dialyse und Hämodialyse.
- > Chirurgie der Gruppen II bis VIII der spanischen Ärztekammer (Organización Médica Colegial, OMC), die ausschließlich in einem Krankenhaus durchgeführt wird.
- > Große ambulante Chirurgie.
- > Interventionelle Radiologie oder invasive Radiologie der Gefäße und Eingeweide.

- > Techniken der Familienplanung: Tubenligatur (Eileiterunterbindung) und Vasektomie.
- > Intrakranielle stereotaktische Radio-Neurochirurgie.
- > Arthroskopische Chirurgie.
- > Chirurgie der Nasenmuscheln oder Turbinoplastik sowie Adenotonsillotomie durch Radiofrequenz.
- > Chirurgischer Laser in der Gynäkologie, Augenheilkunde, Proktologie, peripheren Gefäßchirurgie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.
- > Endourologischer Holmium-Laser und grüner Dioden-Laser (KTP und HPS), Holmium- oder Thulium-Laser, zur chirurgischen Behandlung der gutartigen Prostatahyperplasie.
- > Perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse.
- > Therapeutische Spitzentechnologie **(siehe vom Versicherungsschutz gedeckte Behandlungen im Abschnitt 4.5 Therapien).**
- > Chirurgische Prothesen.
- > Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt.

Im Versicherungsschutz enthalten ist die Unterbringung in einem Standardeinzelzimmer mit Toilette und Bett für eine Begleitperson (außer bei Behandlungen in der Psychiatrie, auf der Intensivstation oder bei Frühgeborenen, die in einem Inkubator versorgt werden). Ebenso gedeckt sind die Aufwendungen für die Verpflegung des Patienten, die allgemeinen Krankenhauskosten für die Pflege, die Aufwendungen für die Unterbringung auf der besonderen Pflegestation, ergänzende diagnostische Verfahren, Behandlungen, Verbandmittel, die Aufwendungen für die Benutzung des Operationssaals sowie des Kreißsaals und Anästhesiemittel, Arzneimittel und Implantate aus biologischen Materialien und/oder Biomaterialien mit therapeutischem Zweck, wie im Abschnitt 4.7 „Chirurgische Prothesen“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Einzelnen aufgeführt. **Ausdrücklich ausgeschlossen sind biologische Arzneimittel oder medizinische Biomaterialien, die nicht in dem oben genannten Abschnitt 4.7 aufgeführt sind, und die Therapien des Abschnitts 5 „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“.**

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

1. Krankenhausaufenthalt mit medizinischer Versorgung (ohne chirurgischen Eingriff).

Umfasst die verschiedenen medizinischen Fachgebiete für die Diagnose und/oder Behandlung von medizinischen Erkrankungen, die eher im Krankenhaus durchgeführt werden, bei Personen über 14 Jahren.

2. Krankenhausaufenthalt mit Chirurgie. Umfasst die chirurgischen Fachgebiete für die Behandlung von Erkrankungen, die eine präoperative oder präanästhetische Untersuchung (Beratung, Analyse und Elektrokardiogramm), Besuche und Heilbehandlungen in der unmittelbaren postoperativen Phase (bis zu 2 Monaten nach der Operation), die große ambulante Chirurgie und gegebenenfalls Prothesen erfordern.

3. Krankenhausaufenthalt wegen Geburt. Umfasst die Behandlung des Gynäkologen und/oder der Hebamme bei einer Krankenhauseinweisung während der Schwangerschaft und/oder Geburt; und die Säuglingsstation und/oder der Inkubator für das Neugeborene während seines Krankenhausaufenthalts bis zu einer Höchstgrenze von 28 Tagen.

4. Stationäre pädiatrische Behandlung (für Personen unter 14 Jahren). Umfasst die Behandlung durch den Kinderarzt sowohl bei einem konventionellen Krankenhausaufenthalt als auch im Inkubator.

5. Stationäre Psychiatrie. Umfasst die psychotherapeutische Behandlung durch einen Psychiater. Im Versicherungsschutz sind lediglich akute Fälle enthalten. Der Aufenthalt ist auf maximal 60 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.

6. Stationäre Behandlung auf der Intensivstation. Umfasst die Behandlung durch einen Intensivstationsarzt.

7. Krankenhausaufenthalt wegen Dialyse oder künstlicher Niere. Umfasst die Behandlung bei akuter Niereninsuffizienz durch einen Nephrologen oder Internisten.

4.7 Zusatzdeckungen

Präventivmedizin. Umfasst die folgenden spezifischen Programme nach den allgemein anerkannten Verfahren:

1. Programm für die Gesundheit von Kindern.

Dieses umfasst:

- > Gymnastik und psychoprophylaktische Vorbereitung auf die Geburt mit praktischem und theoretischem Unterricht in Kinderbetreuung und vorbeugende Rehabilitation des postpartalen Beckenbodens in zu dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, gehörenden Referenzzentren **mit einer Höchstgrenze von drei Sitzungen, die durch die Geburt gedeckt sind.**
- > Gesundheitsuntersuchungen des Neugeborenen, einschließlich Untersuchung auf Stoffwechselerkrankungen (Phenylketonurie und angeborene Hypothyreose), Hör- und Sehtest, Gehöruntersuchung beim Neugeborenen (Screening) sowie Ultraschall des Neugeborenen.
- > Das in Spanien obligatorische Impfprogramm für Kinder in vertragsgebundenen Referenzzentren für Impfungen, sofern diese dazu von den Autonomen Gemeinschaften berechtigt sind.

- > Gesundheitskontrollen in den Schlüsseljahren der kindlichen Entwicklung, d. h. in den ersten 4 Lebensjahren.

2. Programm zur Früherkennung von Diabetes.

Einschließlich:

- > **ab dem 45. Lebensjahr** die Bestimmung der Nüchtern-glucose im Plasma alle vier Jahre.
- > **Bei Personen mit einem hohen Risiko, an Diabetes zu erkranken:** bei Vorgeschichte von Diabetes in der nahen Verwandtschaft, metabolischem Syndrom oder gestörter Nüchtern-glucose (IFG 110-125 mg/dl) wird die Untersuchung jährlich durchgeführt. Wenn eine gestörte Nüchtern-glucose (IFG) bestätigt wird, sollte auch eine Untersuchung zum glykierten Hämoglobin (HbA1c) oder zur oralen Glucosetoleranz durchgeführt werden.
- > **Bei Diagnosen von Prädiabetes** aufgrund einer gestörten Nüchtern-glucose zwischen 110-125 mg/dl und glykiertem Hämoglobin unter 6,5 % werden beide einmal jährlich untersucht.

> Letztendlich führt DKV Seguros **bei Diagnosen von Diabetes** aufgrund von gestörter Nüchternblutglucose von über 125 mg/dl und glykiertem Hämoglobin von 6,5 % oder mehr eine klinische Überwachung der Krankheit durch.

3. Programm zur Früherkennung von Glaukomen.

Einschließlich:

- > ab dem 40. Lebensjahr umfasst es eine Messung des Augeninnendrucks (AID) alle 3 Jahre.
- > Bei Versicherten mit einem erhöhten Risiko aufgrund einer familiären Vorgeschichte von Glaukomen wird jährlich eine Messung des Augeninnendrucks durchgeführt.

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

4. Programm zur Früherkennung von gynäkologischen Krebserkrankungen bei Frauen.

Einschließlich:

- > Regelmäßige Untersuchungen zur Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs.

> Jährliche gynäkologische Untersuchung, die aus einer Kontrolluntersuchung, Kolposkopie, Zytologie, gynäkologischem Ultraschall und einer Mammographie nach allgemein anerkannten Verfahren besteht.

- > HPV-Test (DNA-HPV) zur Diagnose einer humanen Papillomvirus-Infektion bei Frauen mit Gebärmutterhals-Vaginalabstrich (Bethesda-Klassifikation) und auch nach einer Konisation, sowie zur Erkennung und Behandlung von frühen zervikalen Läsionen mit erhöhtem Risiko einer onkologischen Transformation.

5. Präventionsprogramm für Herz- und Gefäßerkrankungen.

Einschließlich:

- > **Jährliche medizinische oder allgemeine kardiologische Untersuchung**, bestehend aus einer Kontrolluntersuchung, einer allgemeinen Blut- und Urinanalyse, einer Röntgenaufnahme des Thorax und eines Elektrokardiogramms.
- > **Umfassende kardiologische Kontrolluntersuchung alle 3 Jahre** in zum DKV-Gesundheitsnetzwerk gehörenden Referenzzentren, die aus einer Anamnese,

kardiologischer Untersuchung, spezifischer und präventiver Analyse der Atheromatose (Blutbild, Ionogramm, Cholesterin, Triglyceride, Homocystein, Glykämie, Urämie, Kalzämie, Prothrombin-Werte und Thrombozyten), Ruhe- und Belastungs-Elektrokardiogramms sowie eines Echokardiogramms besteht.

6. Programm zur Hautkrebsprävention.

Einschließlich:

- > Untersuchung und Kontrolle in Bezug auf Veränderungen in Größe, Farbe und Form von dysplastischen oder atypischen Nävi (Muttermalen).
- > **Mikroskopie durch digitalisierte Epilumineszenz oder Dermatoskopie** zur Früherkennung von Melanomen:

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

2. Bei der dermatologischen Untersuchung alle drei Jahre: zur Kontrolle und Überwachung von kongenitalen, pigmentierten oder Hautrisiko-Läsionen.

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

Einschließlich:

- > Medizinische Beratung und körperliche Untersuchung.
- > Spezifischer Test zum Nachweis von okkultem Blut im Stuhl.
- > Koloskopie, falls erforderlich.

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

Einschließlich:

- > Medizinische Beratung und körperliche Untersuchung.
- > Analyse von Blut und Urin mit Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens.
- > Transrektaler Ultraschall und/oder Prostata-Biopsie, falls erforderlich.

9. Programm zur zahnmedizinischen Prophylaxe.

Von der Kindheit an zur Vorbeugung von Karies, Parodontose und der Fehlstellung der Zähne oder Aufbissproblemen.

Einschließlich:

- > Zahnmedizinische Beratung und Untersuchung des Zustandes der Mundgesundheit.
- > Korrektur der Ernährungsgewohnheiten.
- > Einführung der richtigen Mundhygiene.
- > Topische Fluoridbehandlung.
- > Versiegelungen von Rissen und Füllungen (bis zu 14 Jahren).
- > Zahnsteinentfernung oder Zahnreinigung, wann immer nötig.

Klinische Psychologie. Umfasst psychotherapeutische Sitzungen für Einzelpersonen mit ambulanter Behandlung, die von einem Psychiater oder Kinderarzt aus dem DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist, verschrieben und durchgeführt werden müssen und die vorherige Genehmigung von DKV Seguros erfordern.

Die versicherten Personen haben Zugang zu dieser Leistung bei den nachfolgend aufgeführten Krankheitsbildern, die einen psychologisch-therapeutischen Eingriff erfordern, und nachdem sie eine Zuzahlung, die für jede medizinische Inanspruchnahme oder Sitzung in der „Übersicht über die medizinischen Leistungen und Zuzahlungen“ der Besonderen und/oder Speziellen Versicherungsbedingungen der Police aufgeführt sind, gezahlt haben. Die Leistung wird **bis zu einer Höchstgrenze von 20 Sitzungen pro versicherter Person und Kalenderjahr gewährt**, mit Ausnahme von Therapien, die aufgrund von Essstörungen (Magersucht, Bulimie), Mobbing in der Schule und/oder geschlechtsbezogener sowie häuslicher Gewalt erfolgen, **wo eine jährliche Höchstgrenze von 40 Sitzungen besteht**.

- > Psychische Erkrankungen: Depression, Schizophrenie und psychotische Störungen.
- > Verhaltensstörungen: Neurose, Angstzustände, Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung.
- > Essstörungen: Magersucht und Bulimie.
- > Bei Mobbing in der Schule, geschlechtsbezogener und häuslicher Gewalt.

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

Familienplanung. Diese umfasst folgende Leistungen:

- > Einsetzen des IUP. **Die Kosten für das Intrauterinpeessar sind vom Versicherten zu tragen.**
- > Tubenligatur (Eileiterunterbindung).
- > Vasektomie.

Chirurgische Prothesen: Im Versicherungsschutz enthalten sind die Verschreibung und das Einsetzen von Gelenkprothesen (Schulter, Hüfte, Knie, Knöchel und Fußgelenk), Gefäß- und Herzprothesen (Herzklappen, vaskulärer Bypass, Stent, septale Okklusionssysteme, temporäre oder permanente Herzschrittmacher und automatischer Defibrillator), interne Traumaprothesen (Stege, Metallplatten zur internen Fixierung und Schrauben) und intersomatische Abstandshalter oder Zwischenwirbelkägig in der Chirurgie des Zusammenfügens oder der Arthrodesen der Wirbelsäule,

zervikale Bandscheibenprothesen bei behandlungsresistenten symptomatischen Bandscheibenerkrankungen (funktionelles neurologisches Defizit und Schmerzen), interspinöse Spreizer oder Zwischenwirbelkägig bei der Stenose des lumbalen Spinalkanals, die starke Schmerzen verursacht, sowie bei der neurogenen Claudicatio (Schmerzen, die beim Gehen eintreten und während des Sitzens wieder verschwinden), die mehr als sechs Monate trotz konservativer Behandlung andauern. **Darüber hinaus deckt der Versicherungsschutz Implantate aus biologischen Materialien und/oder Biomaterialien für therapeutische Zwecke, die im Folgenden aufgeführt sind:**

- > Versiegelungsmittel, Klebstoffe oder biologische Klebstoffe in der onkologischen Chirurgie.
- > Nicht klebendes oder Antihaf-Gel für Stege: in der Wirbelsäulen Chirurgie und bei erneuten chirurgischen Eingriffen verschiedener Fachgebiete.
- > Knochenersatzmaterial: Knochenzemente und regenerative demineralisierte Knochenmatrix in der Wirbelsäulen- und Gelenkchirurgie (Hüfte, Knie und Fuß).

- > Biologische Plastiken: Resorbierbare Biomatrix oder Stütznetz anstelle der Dura mater (harte Hirnhaut) in der intrakraniellen oder spinal-tumoralen Chirurgie und des Herzbeutels in der Herzchirurgie.
- > Gelenkverankerungen: umfasst hochresistente Biomaterialien (PPLA und PEEK) zur Befestigung der Bänder der großen Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte, Ellenbogen und Knöchel) in der minimalinvasiven arthroskopischen Chirurgie der Gliedmaßen.

Enthalten sind zudem auch Material der Osteosynthese, d .h. chirurgische Stütznetze, um Defekte an der Bauchdecke zu reparieren, chirurgische suburethrale Bänder und Netze zur Eindämmung, die in der Chirurgie bei Harninkontinenz und der Beckenbodensenkung verwendet werden, Harnventile, äußere skelettartige Befestigungsmittel, neutrale monofokale Intraokularlinsen (ohne zusätzliche Sehkorrektur) im Katarakt, die Hodenprothese durch Orchidektomie nach onkologischen Behandlungen oder einem Unfall, Hautexpander, die Brustprothese und das Netz zur Brustabdeckung, sofern es sich um die Wiederherstellung nach einer radikalen Operation handelt.

Es existiert keine jährliche Deckungshöchstgrenze für Prothesen und Implantate über das „DKV-

Gesundheitsnetzwerk" (Eigenmittel), sofern im Voraus die erforderliche Genehmigung von DKV Seguros eingeholt wurde, **außer für Gefäß- und Herzprothesen, wie zuvor in diesem Abschnitt beschrieben, für die eine Deckungshöchstgrenze von 12.000 Euro pro Versicherten und Jahr festgelegt ist.**

Entschädigung in Form von **Tagegeld** je Krankenhausaufenthalt. DKV Seguros zahlt ab dem dritten Tag der stationären Behandlung im Krankenhaus 80 Euro pro Tag und max. 2.400 Euro pro versicherter Person und Jahr, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- > Der Krankenhausaufenthalt ist von der Versicherung gedeckt und es gibt keinen Dritten, der zur Zahlung verpflichtet ist.
- > Keine der aus dem Krankenhausaufenthalt entstandenen Kosten wurden zu Lasten von DKV Seguros angerechnet.

Medizinische Versorgung für HIV/ AIDS-Infektionen (erworbenes Immunschwächesyndrom) sowie für durch die Infektion mit dem menschlichen Immunschwäche-Virus (HIV) verursachte Krankheiten: nach einer Ausschlussfrist von 12 Monaten sind die Kosten der Behandlung des Versicherten **bis zu einer Höchstgrenze von 6.000**

Euro pro versicherter Person während der Gültigkeitsdauer der Police und/oder des Lebens des Versicherten gedeckt, und mit den Einschränkungen und Ausschlüssen für die Pflege in den verschiedenen Abschnitten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Abschnitte 2, 3, 4, 5 und 6), je nachdem, welche für diese gelten.

4.8 Exklusive Deckungsleistungen

Mit dem Abschluss der Versicherung „DKV Integral“ in der Modalität Einzelversicherung haben Sie Anspruch auf einige dieser zusätzlichen Leistungen:

1. Erstattung von Arztkosten im Ausland für schwere Krankheiten.
2. Erstattung der Kosten für Leistungen der Familienhilfe und/oder Pflege von pflegebedürftigen Personen, sofern die Pflegestufe 3 aufgrund eines Unfalls vorliegt.
3. **Erstattung der jährlichen Unterhaltskosten für die Aufbewahrung von hämatopoetischen Stammzellen aus der Nabelschnur in einer Bank während der ersten sechs Lebensjahre nach der Geburt**, sofern die Entnahme und Kryokonservierung der Nabelschnur **über einen vertragsgebundenen Leistungserbringer aus dem „Netzwerk DKV Club für Gesundheit**

und Wohlbefinden“ erfolgte, die Geburt von der Versicherung gedeckt ist, und der Versicherte, dessen Stammzellen aufbewahrt werden, in der Police enthalten ist.

Die Beschreibung dieser exklusiven Deckungsleistungen, einschließlich ihrer Modalität, ihres territorialen Geltungsbereichs, ihres Gegenstands, ihrer Zugangsform, Deckungseinschränkungen und ausgeschlossene Risiken sind im Anhang II (Exklusive Deckungsleistungen von DKV Seguros in ihrer Modalität Einzelversicherung) aufgeführt sowie auch in den Abschnitten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, welche den Deckungsumfang der Versicherung einschränken: Abschnitt 2 „Grundlagen. Definitionen“, Abschnitt 3 „Leistungsmodalitäten und Erweiterung der Versicherung“, Abschnitt 4 „Versicherungsumfang“, Abschnitt 5 „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ und Abschnitt 6 „Karenzzeiten“.

4.9 Optionale Deckung

Durch den Vertragsabschluss der Versicherung „DKV Integral“, die in ihrer Modalität Einzelversicherung eine umfassende medizinische Versorgung bietet, hat der Versicherte Zugang zu folgenden Zusatzleistungen in Form einer optionalen Deckung:

> **Anhang „Erstattung der Kosten für Gynäkologie, Geburtshilfe und Pädiatrie“.**

Diese zusätzliche Garantie einer Rückerstattung ist optional und ermöglicht dem Versicherten den Zugang zu einem Gynäkologen, Geburtshelfer und/oder Kinderarzt in ganz Spanien und überall auf der Welt, sofern diese Leistungserbringer nicht in dem „DKV-Gesundheitsnetzwerk“ von DKV Seguros enthalten sind und ein Teil der entstandenen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung, **natürlich stets unter Berücksichtigung der Karenzzeit und der Höchstgrenzen der Erstattung, teilweise** (durch therapeutische Verfahren, Pflege für das Neugeborene) **und insgesamt** (pro versicherter Person und Kalenderjahr oder proportionaler Teil) nicht erstattet wird, die in der Tabelle „Deckungsleistungen und Einschränkungen“ im Anhang der Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

Die Definition dieser optionalen Deckung, ihre Beschreibung, Zugangsform, Karenzzeit, Deckungsbeschränkungen und ausgeschlossene Risiken, sind in den Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführt, die mit dem Abschluss dieses optionalen Moduls durch den Versicherten separat ausgestellt werden.

Für alles, was nicht ausdrücklich in diesem Anhang aufgeführt ist, gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die den Versicherungsschutz definieren und eingrenzen: **Abschnitt 2 „Grundlagen. Definitionen“, Abschnitt 3 „Leistungsmodalitäten und Erweiterung der Versicherung“, Abschnitt 4 „Versicherungsumfang“, Abschnitt 5 „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ und Abschnitt 6 „Karenzzeiten“.**

4.10 Reiseversicherung

Für vorübergehende Auslandsreisen hat die Versicherung weltweit einen Auslandsreiseschutz in Form einer Reiseversicherung, die sich auf maximal 180 Tage pro Fahrt oder Reise erstreckt und deren Deckungsleistungen im Anhang I dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind. Der Zugriff auf diese Deckungsleistungen erfolgt ausschließlich telefonisch über die Rufnummer +34 91 379 04 34.

5. Ausgeschlossene Deckungsleistungen

Vom allgemeinen Versicherungsschutz dieser Police sind ausgeschlossen:

- a) Alle bereits vor Abschluss des Versicherungsvertrages bestehenden Erkrankungen, Verletzungen, Krankheiten, Vorerkrankungen oder Gesundheitszustände (z. B. Schwangerschaft) und deren Folgen, sowie auch verfassungsbedingte oder angeborene physische Leiden sowie solche, die durch Unfälle oder Krankheiten und deren Folgeerscheinungen entstanden sind, vorausgesetzt, dass diese ihren Ursprung vor der Aufnahme jeder versicherten Person in die Police hatten und bekannt waren.
- b) Sämtliche diagnostischen und therapeutischen Verfahren, deren Sicherheit und Kosten-Nutzen nicht wissenschaftlich nachgewiesen und/oder von den Agenturen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien nicht bestätigt sind, oder die nachweislich durch andere verfügbare Verfahren ersetzt und optimiert wurden.
- c) Die Personenschäden, die durch Kriege, Aufstände, Revolutionen und Terrorismus oder infolge von offiziell erklärten Epidemien entstehen, ebenso die Personenschäden, die unmittelbar oder mittelbar mit Radioaktivität oder nuklearen Reaktionen zusammenhängen oder infolge von Naturkatastrophen entstehen. Ebenso ausgeschlossen sind physische Schäden, die infolge von Naturkatastrophen wie Erdbeben, Überschwemmungen oder aufgrund anderer seismischer Phänomene oder Witterungsverhältnisse entstehen.
- d) Krankheiten oder Verletzungen, die durch die professionelle Ausübung einer Sportart oder während der Teilnahme an Wettbewerben und -kämpfen entstehen. Ebenso ausgeschlossen sind Krankheiten oder Verletzungen, die, ganz gleich, ob als Profi oder Amateur, durch die Ausübung von Risikosportarten wie Stierkampf oder das Eintreiben von wilden Stieren, gefährliche Sportarten wie Tauchen, Bobfahren,

Boxen, Kampfsportarten, Bergsteigen und Klettern, Autorennen, Rugby, Quadfahren, Höhlenforschung, Paragliding, Luftsportarten mit nicht für den öffentlichen Transport von Personen zugelassenen Luftfahrzeugen, Wassersport, Wildwassersport, Bungee-Jumping, Canyoning (Schluchtenwandern, Klettern, Abseilen und Schwimmen) sowie auch beim Training oder jeder anderen eindeutig gefährlichen Sportart verursacht werden.

e) Medizinische Maßnahmen zur Behandlung von chronischem Alkoholismus und/oder Abhängigkeit von Arznei- und Betäubungsmitteln jeder Art sowie daraus entstehende Komplikationen und Folgeerscheinungen, die medizinische Versorgung von Verletzten infolge von Alkohol- oder Arznei- und Betäubungsmittelmissbrauch, Gewalt durch Schlägereien oder Kämpfe, Selbstmordversuch oder Selbstverstümmelung sowie Erkrankungen oder Unfälle, die aufgrund grober Fahrlässigkeit, Vorsatz oder Unvorsichtigkeit des Versicherten verursacht 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). Geschlechtsumwandlung. Behandlungen von Krampfadern aus ästhetischen Gründen, ambulante oder stationäre Schlankheitskuren, Hautbehandlungen im Allgemeinen, einschließlich Haarbehandlungen. Chirurgische Korrektur von Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit und Altersweitsichtigkeit sowie Orthokeratologie und kosmetische Zahnheilkunde sind ebenfalls ausgeschlossen. Sowie auch die Folgen und Komplikationen, die sich aus allen in diesem Abschnitt enthaltenen Ausschlüssen ergeben.

g) Alternative und ergänzende Therapien, Akupunktur, Naturheilkunde, Homöopathie, Chiromassage, Lymphdrainage, Mesotherapie, Gymnastik, Osteopathie, Hydrotherapie, alternative Entbindungsmethoden (Hausgeburt, Wassergeburt usw.), Sauerstofftherapie in drei Phasen, Pressotherapie, Ozontherapie, die Modalitäten der Phototherapie und deren Indikationen, die nicht im Abschnitt 4.5 aufgeführt sind, sowie andere vergleichbare Leistungen, wie zum Beispiel die Orthoptik und andere nicht offiziell anerkannte medizinische Fachgebiete.

Darüber hinaus sind alle medizinisch-chirurgischen Behandlungen mit Radiofrequenz-Techniken ausgeschlossen, mit Ausnahme der Adenotonsillotomie, Herz-Ablation und der Chirurgie der Nasenmuscheln oder Turbinoplastik.

h) Aufenthalte, Versorgung und Behandlungen in nicht medizinischen Einrichtungen wie Hotels, Spas, Pflegeheimen, Seniorenheimen, Erholungsheimen, diagnostischen und dergleichen, auch wenn diese von Ärzten verschrieben werden, sowie Einweisungen in Zentren für Tätigkeiten im Zusammenhang mit Freizeit und Erholung sowie auch diätetische Behandlungen.

Psychiatrische Krankenhausaufenthalte, außer bei akuten Krankheitsausbrüchen, Krankenhausaufenthalte aus sozialen oder familiären Gründen, die durch eine häusliche oder ambulante Pflege ersetzt werden können.

Die medizinische Versorgung in nicht vertragsgebundenen, privaten Behandlungszentren sowie in öffentlichen Krankenhäusern, Zentren oder anderen Einrichtungen, die in das nationale Gesundheitssystem Spaniens integriert sind und/oder von den Autonomen Gemeinschaften kontrolliert werden, sind mit Ausnahme der aufgeführten Fälle ebenfalls ausgeschlossen (siehe Abschnitt 3.4 Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die nicht zum DKV-Gesundheitsnetzwerk gehören.

In diesen Fällen behält sich DKV Seguros das Recht vor, die Beträge vom Versicherten zurückzufordern, die an das öffentliche Gesundheitssystem für die medizinisch-chirurgischen Leistungen im Krankenhaus gezahlt werden mussten.

i) Medizinische Spitzentechnologie für Diagnosen und/oder Therapien, Lithotripsie, mit Ausnahme der im Abschnitt 4.4 „Diagnoseverfahren“ und/oder im Abschnitt 4.5 „Therapien“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschriebenen Leistungen.

j) Die Behandlung des Schnarchens und der obstruktiven Schlafapnoe (außer zehn Sitzungen mit CPAP oder BiPAP) sowie Behandlungen und/oder Modalitäten mit Strahlentherapie und deren medizinische Indikationen, die nicht ausdrücklich im Abschnitt 4.5 „Therapien“, Absatz „Strahlentherapie“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind. Darüber hinaus sind zudem die Protonentherapie, Neutronentherapie, Radiochirurgie mit Cyberknife sowie Radiopharmaka mit radioaktiven Isotopen, die nicht von der EMA (European Medicines Agency) zugelassen und/oder nicht von den klinischen NICE-Richtlinien empfohlen werden, ausgeschlossen.

k) Allgemeine Präventivmedizin und Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchungen sowie die Kosten für Impfstoffe und Extrakte bei allergischen Verfahren, mit Ausnahme der in den entsprechenden

Präventionsprogrammen beschriebenen Fälle, die im Abschnitt 4.7 („Zusatzdeckungen“) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegeben sind.

l) Die freiwillige Unterbrechung der Schwangerschaft und die selektive instrumentelle Reduktion von Embryonen, die rekonstruktive Chirurgie vorheriger empfängnisverhütender Techniken, sowie die Behandlung von Sterilität (Unfruchtbarkeit), Techniken der Samenwäsche und sämtliche Behandlungen zur künstlichen Befruchtung.

m) Jede Art von Prothesen, Implantaten, medizinischen Geräten, orthopädischen und anatomischen Teilen, mit Ausnahme der im Abschnitt 4 „Versicherungsumfang“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausdrücklich aufgeführten.

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

n) Spezielle Zahnheilkunde: Wurzelkanalbehandlungen, Parodontose, Kieferorthopädie, Zahnfüllungen und -versiegelungen für über 14-Jährige, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion (Apikotomie), Implantologie und die diagnostischen Verfahren zur Durchführung dieser Behandlungen.

o) Transporte, die für Arztbesuche, diagnostische Tests und jegliche Art von ambulanter Behandlung erforderlich sind. Analysen und andere Untersuchungen, die zur Ausstellung von Bescheinigungen, Erstellung von Berichten und Ausstellung von Dokumenten ohne unterstützende Funktion nötig sind.

p) In der Psychiatrie und klinischen Psychologie werden die Beratungen, diagnostische Techniken und Therapien ausgeschlossen, die keinen Kriterien der neurobiologischen oder pharmakologischen Behandlung folgen, die Psychoanalyse, Hypnose oder ambulante Narkolepsie, Sophrologie, Schlaf- und Ruhebehandlungen sowie alle anderen Behandlungen ähnlicher Art.

Darüber hinaus sind zudem die Psychotherapie für Gruppen oder Paare, psychologische und psychometrische Tests, die psychosoziale oder neuropsychologische Rehabilitation, die pädagogische oder kognitive

Verhaltenstherapie bei Störungen der mündlichen und schriftlichen Kommunikationsfähigkeit und anderen Entwicklungsstörungen ausgeschlossen, mit Ausnahme der Behandlungsmethoden, die ausdrücklich im Artikel 4.7 (Versicherungsumfang der klinischen Psychologie) enthalten sind.

q) Logopädie und Sprachtherapie zur Wiederherstellung der Sprachfähigkeit bei Störungen der Lautbildung, Sprache und Aussprache, die durch angeborene und psychomotorische anatomische oder neurologische Störungen unterschiedlichen Ursprungs verursacht werden, mit Ausnahme der im Abschnitt 4.5 „Therapien“ (Abschnitt „Logopädische Rehabilitation“) ausdrücklich aufgeführten.

r) Regenerative Medizin, biologische Medizin, Immuntherapie, biologische Therapien, die genetische oder Gentherapie sowie antivirale Medikamente mit direkter Wirkung sowie die Anwendungen all dieser.

Alle Arten von experimentellen Behandlungen, die „compassionate use“-Behandlungen, mit Arzneimitteln für seltene Krankheiten, und all diejenigen, die sich in allen Phasen oder Stufen in klinischen Studien befinden.

s) Überdruckkammer, Dialyse und Hämodialyse zur Behandlung von chronischen Erkrankungen.

t) Gesundheitspflege bei viralen hämorrhagischen Fiebererkrankungen sowie den damit zusammenhängenden Komplikationen und Folgen. Die Pflegekosten für Krankheiten, die sich als Folge von HIV/AIDS ergeben sowie für Krankheiten, die durch das Virus verursacht werden, sofern diese die im Abschnitt 4.7 „Zusatzdeckungen“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegten Höchstgrenzen überschreiten.

u) Bildgeführte oder computergestützte oder unter virtueller Führung navigierte Roboterchirurgie (mit Ausnahme der Neuronavigation, Prostatabiopsie durch multiparametrische Magnetresonanz und Carto-System bei den im Abschnitt 4.5 angegebenen Indikationen) sowie Laserbehandlungen, die nur für die im Abschnitt 4 „Versicherungsumfang“ ausdrücklich aufgeführten medizinischen Fachgebiete und Indikationen gedeckt sind.

v) Die Kosten für die Nutzung von Telefon, Fernsehen, für die Verpflegung der Begleitperson in der Klinik, Reise- und Fahrtkosten, mit Ausnahme des Krankenwagens in den im Abschnitt „Medizinische Grundversorgung“ und „Notaufnahme“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Fällen sowie auch andere Leistungen, die für die notwendige Krankenhausversorgung nicht unbedingt nötig sind.

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

x) Pharmazeutische Produkte, Arzneimittel und Hilfsmittel zur Unterstützung der Heilung aller Art, mit Ausnahme derer, die dem Versicherten während seines Krankenhausaufenthalts (mindestens 24 Stunden) verabreicht werden. In jedem Fall sind biologische Arzneimittel oder medikamentöse Biomaterialien, die nicht im Abschnitt 4.7 „Chirurgische

Prothesen“ aufgeführt sind, und die im Abschnitt 5 „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ genannten Therapien ausdrücklich ausgeschlossen, selbst dann, wenn sie während des Krankenhausaufenthalts verabreicht werden.

Die onkologische Chemotherapie deckt nur die Kosten der spezifischen Zytostatika ab, die im Absatz „Zytostatika“ des Abschnitts 2 „Grundlagen. Definitionen“ definiert und angegeben sind. Von diesen Leistungen sind die Antitumor-Immuntherapie, monoklonale Antikörper, Genterapie, endokrine oder Hormontherapie, enzymatische und/oder molekulare Inhibitoren, antiangiogene Arzneimittel und Sensibilisatoren, die in der photodynamischen Therapie und Strahlentherapie eingesetzt werden, ausdrücklich ausgeschlossen.

y) Die Wiederherstellung der Funktionalität der einzelnen Teile des Körpers bei irreversiblen neurologischen Verletzungen unterschiedlichen Ursprungs und chronischen Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparats.

Davon ausgeschlossen sind die frühzeitige Stimulation, die Ergotherapie, stationäre Rehabilitationsbehandlungen für Hirnschäden, die während des Krankenhausaufenthalts

aufgetreten sind, sowie auch alle anderen Arten von Rehabilitation, die entweder zu Hause oder im Krankenhaus durchgeführt werden können, sowie all diejenigen, die in Zentren durchgeführt werden, die nicht zugelassen und/oder nicht im Verzeichnis der Gesundheitszentren und -dienste der jeweiligen Autonomen Gemeinschaft eingetragen sind.

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

6. Karenzzeiten und Ausschlussfristen

Grundsätzlich können alle Leistungen, die DKV Seguros im Rahmen dieser Versicherung übernimmt, ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Versicherungsvertrages in Anspruch genommen werden.

Folgende Leistungen sind jedoch vom oben genannten allgemeinen Grundsatz ausgenommen:

1. Für chirurgische Eingriffe und Krankenhausaufenthalte, einschließlich chirurgischer Prothesen, ganz gleich, aus welchem Grund und welcher Art, beträgt die Karenzzeit sechs Monate. Lebensbedrohliche Notfälle oder Unfälle sind hiervon ausgenommen.
2. Für alle Arten der Geburt (außer Frühgeburt) oder einen Kaiserschnitt beträgt die Karenzzeit acht Monate.
3. Für Transplantationen beträgt die Karenzzeit zwölf Monate.

4. Die medizinische Versorgung für HIV/Aids-Infektionen hat eine Ausschlussfrist von zwölf Monaten (siehe Definition von „Ausschlussfrist“ in Abschnitt 2 „Grundlagen. Definitionen“).

7. Grundlagen des Vertrages

7.1 Vertragsabschluss und Versicherungsdauer

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

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

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

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

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

Die Police verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr. **DKV Seguros kann sich gegen die Vertragsverlängerung unter Einhaltung einer mindestens zweimonatigen Frist durch schriftliche Mitteilung an den Versicherungsnehmer aussprechen, wenn die Gesellschaft die Police nicht verlängern möchte oder Vertragsänderungen vornehmen möchte.**

Ebenso kann sich der Versicherungsnehmer gegen die Vertragsverlängerung der Police unter Einhaltung einer mindestens einmonatigen Frist vor dem festgelegten Ablaufdatum aussprechen, sofern er dies DKV Seguros nachweislich mitteilt.

DKV Seguros ist nicht berechtigt, Versicherten, die drei aufeinanderfolgende Beitragsjahre versichert waren, den Versicherungsvertrag aufzulösen.

Der Vertrag verlängert sich automatisch Jahr für Jahr, sofern keine Vertragsverletzung vorliegt und sofern die Fragen im Gesundheitsfragebogen und im Versicherungsantrag von der versicherten Person wahrheitsgetreu und nicht unter Vortäuschung falscher Tatsachen beantwortet wurden.

Bedingung für diesen Verzicht seitens DKV Seguros auf ihr Recht, sich gegen eine Fortsetzung der Police auszusprechen, ist, dass sich der Versicherungsnehmer damit einverstanden erklärt, dass die Prämien gemäß den im Abschnitt 7.4 dieses Vertrages genannten technischen Kriterien jährlich variieren und die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen akzeptiert, die allen Versicherten innerhalb der gleichen Leistungsmodalität der Versicherung angeboten werden.

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

Der Versicherungsnehmer oder gegebenenfalls der Versicherte ist verpflichtet:

a) DKV Seguros vor dem Abschluss des Vertrages gemäß des ihm von der Gesellschaft übergebenen Fragebogens alle ihm bekannten Umstände zu erläutern, die eine Risikobewertung beeinflussen können. Er ist von dieser Pflicht befreit, wenn er von DKV Seguros keinen Fragebogen erhält, oder wenn er zwar den Fragebogen erhält und es sich um Umstände handelt, die eine Risikobewertung beeinflussen können, diese jedoch nicht in diesem enthalten sind (Artikel 10 des Versicherungsvertragsrechts).

b) DKV Seguros während der Laufzeit des Vertrages so schnell wie möglich jede Verlegung des festen Wohnsitzes ins Ausland oder Wohnsitzwechsel innerhalb Spaniens, jeden Berufswechsel und/oder die Aufnahme von Freizeit- oder Sportaktivitäten mit hohem oder extremem Risiko mitzuteilen, da diese Umstände, wenn sie DKV Seguros bei Abschluss des Vertrages bekannt gewesen wären, entweder nicht von der Gesellschaft akzeptiert worden wären oder der Vertrag unter anderen Bedingungen abgeschlossen worden wäre.

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

Die vorsätzliche Nichterfüllung dieser Obliegenheiten mit der Absicht, DKV Seguros zu täuschen oder zu schädigen und sich einen zusätzlichen

Vorteil zu verschaffen, befreit DKV Seguros von jeglicher Leistungspflicht für diesen Versicherungsfall.

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

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

7.3 Weitere Obliegenheiten von DKV Seguros

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

DKV Seguros händigt dem Versicherungsnehmer auch die in der Versicherungspolice enthaltene Versicherungskarte zur Identifizierung jedes Versicherten und sämtliche Informationen zum Ärzte- und Klinikverzeichnis (das DKV-Gesundheitsnetzwerk, das der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend für den Versicherten zuständig ist) seines Wohngebietes aus, in dem das rund um die Uhr geöffnete Notfallzentrum bzw. die rund um die Uhr geöffneten Notfallzentren sowie die Adressen und Öffnungszeiten der vertragsgebundenen Ärzte stehen.

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

7.4 Zahlung der Versicherung (Prämien)

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 eine unterjährige Zahlungsweise des Jahresbeitrages in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten beantragen.

In diesen Fällen wird ein entsprechender 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 des Einmalbeitrages 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 der Leistungspflicht im Schadensfall befreit.

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

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

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

In diesem Fall übernimmt DKV Seguros den Beitrag für den Zeitraum, 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.

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

Wird in den Besonderen Versicherungsbedingungen nichts Gegenteiliges angegeben, ist der Zahlungsort des Beitrags der auf der Lastschrift angegebene Ort.

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

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

Bei jeder Verlängerung des Versicherungsvertrages hat DKV Seguros das Recht, die Höhe des Jahresbeitrages (Prämie) sowie die Kosten pro medizinischer Behandlung gemäß den technischen versicherungsmathematischen Berechnungen zu ändern. Die Prämie für jeden Versicherten wird auf der Grundlage der folgenden Risikofaktoren berechnet: Alter und geographische Lage des Wohnsitzes.

Wenn die von DKV Seguros zur Berechnung der Risikoprämie angewandten mathematischen Methoden weitere objektive Risikofaktoren von Wichtigkeit aufdecken sollten, wird über deren Einbeziehung in die Berechnung des Beitrags vor der Vertragsverlängerung der Police informiert.

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

Bei den Gruppenversicherungen wird bei Verlängerungen ebenfalls das kollektive Ergebnis und die Anzahl der verwendeten Teilbeträge der Prämie berücksichtigt

Sie finden die aktuellen Prämien jedes Gesundheitsprodukts in der Modalität Einzelversicherung auf der Website **dkvseguros.es** und in allen Geschäftsstellen von DKV Seguros.

Die Anpassung wird auf die zum Zeitpunkt der Verlängerung 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 Höchstgrenzen für die Rückerstattung angepasst werden.

Erreicht die versicherte Person während der Laufzeit der Police die nächst höhere Altersgruppe, ändert sich entsprechend der von ihr zu entrichtende Beitrag zu Beginn des darauffolgenden Versicherungsjahres.

Für die jährlichen Beitragsanpassungen gelten für DKV Seguros 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 Versicherten).

Der Versicherungsnehmer kann zwischen der Weiterführung des Versicherungsvertrages

oder Kündigung zum Ende des Versicherungsjahres wählen, wenn er von DKV Seguros schriftlich über die jährliche Beitragsanpassung in Kenntnis gesetzt wird. Im letztgenannten Fall hat der Versicherungsnehmer schriftlich und fristgemäß seinen Wunsch an DKV Seguros zu übersenden, den Vertrag zum Ende der Laufzeit zu beenden.

7.5 Verlust von Rechten.

Der Versicherte verliert das Recht auf die garantierte Leistung:

a) Falls der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den Gesundheitsfragebogen nicht wahrheitsgemäß beantwortet oder nicht genau erläutert, indem er oder sie wichtige Umstände bewusst verschweigt, oder die von ihm verlangten Daten nicht mit der nötigen Sorgfalt bereitstellt (Artikel 10 des Versicherungsvertragsrechts).

7.6 Aussetzung und Beendigung des Versicherungsvertrages

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

bei der Beantwortung des Gesundheitsfragebogens (Artikel 10 des Versicherungsvertragsrechts).

b) Wenn sich das Risiko durch Verlegung des festen Wohnsitzes ins Ausland, Wohnsitzwechsel innerhalb Spaniens, Berufswechsel, Aufnahme von Freizeit- oder Sportaktivitäten mit hohem oder extremem Risiko erhöhen sollte, hat DKV Seguros das Recht, vom Vertrag zurückzutreten. Die Vertragskündigung wird dem Versicherungsnehmer oder Versicherten innerhalb eines Monats ab Kenntnisnahme der Risikoerhöhung schriftlich mitgeteilt. (Artikel 12 des Versicherungsvertragsrechts).

c) DKV Seguros hat das Recht, den Vertrag zu kündigen, wenn der Erstbeitrag oder der Einmalbeitrag durch Verschulden des Versicherungsnehmers nicht bei Fälligkeit gezahlt wurde.

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

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

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

7.7 Kommunikation

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

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

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

Mitteilungen von DKV Seguros an den Versicherungsnehmer oder die versicherten Personen werden an den Wohnsitz gesendet, der im Vertrag angegeben ist, sofern DKV Seguros kein Wohnsitzwechsel mitgeteilt wurde.

7.8 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.

Diese werden als „besondere Gesundheitsrisiken“ bezeichnet. Um den 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.

7.9 Steuern und Zuschläge

Gesetzlich abzuführende Steuern und abwälzbare Zuschläge sind vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person zu tragen.

Anhang I: Reiseversicherung

1. Einleitende Bestimmungen

1.1 Versicherte Personen

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

1.2 Geltungsbereich der Versicherung

Der Versicherungsschutz gilt weltweit und in Spanien ab der Provinzgrenze des festen Wohnsitzes des Versicherten.

Ausgenommen davon sind die Deckungsleistungen, die in den Abschnitten 2.1.1, 2.1.3, 2.1.14, 2.1.20 sowie 2.1.6, 2.1.8 über Hotelkosten dieses Anhangs beschrieben sind. Diese Leistungen gelten nicht in Spanien, sondern werden nur bei Auslandsreisen der versicherten Person gezahlt.

1.3 Versicherungsdauer

Ist die gleiche wie die Versicherungsdauer der Hauptversicherungsdeckung der Krankenversicherung.

1.4 Gültigkeit

Um die garantierten Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte seinen Wohnsitz in Spanien haben und sich dort ständig aufhalten, so dass seine Reisen oder die Dauer seines Aufenthalts außerhalb dieses festen Wohnsitzes **180 aufeinanderfolgende Tage nicht überschreiten dürfen.**

2. Versicherungsumfang

2.1 Versorgung

2.1.1 Aufwendungen für medizinische und chirurgische Behandlungen, Arzneimittel, Krankenhausaufenthalte und Krankenwagen im Ausland
DKV Seguros übernimmt die Aufwendungen für medizinisch chirurgische Behandlungen, für durch einen Arzt verschriebene Arzneimittel, für Krankenhausaufenthalte und Krankenwagen, die durch eine während der Reise ins Ausland eingetretene Erkrankung oder als Folge eines Unfalls notwendig werden, **bis zu einem Höchstbetrag von 20.000 Euro.**

Die Deckungsgrenze des Versicherungsschutzes gilt pro Unfall und Versichertem.

2.1.2 Aufwendungen für zahnmedizinische Notfälle

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

2.1.3 Aufwendungen für Verlängerung eines Hotelaufenthalts im Ausland

Wenn der Versicherte im Ausland krank oder verletzt ist und die Rückreise nicht zum geplanten Zeitpunkt möglich ist, übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für die durch einen Arzt verschriebene Verlängerung des Aufenthaltes in einem Hotel nach einem Krankenhausaufenthalt **bis zu einem Betrag von 80 Euro pro Tag und bis zu einem Höchstbetrag von 800 Euro.**

2.1.4 Rückführung oder Transport aus gesundheitlichen Gründen

Wenn die versicherte Person eine Krankheit oder einen Unfall erleidet, sind folgende Kosten und Leistungen von DKV Seguros gedeckt:

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

b) Kontaktaufnahme mit dem Arzt, der den verletzten oder erkrankten Versicherten behandelt, um die geeigneten Maßnahmen, die beste Behandlung und die geeignetsten Mittel für die eventuelle Verlegung in ein anderes, geeigneteres Krankenhaus oder zu sich nach Hause zu bestimmen.

c) die Kosten für den Transport des verletzten oder erkrankten Versicherten mit dem am geeignetsten Transportmittel in ein anderes Krankenhaus oder bis zu seinem festen Wohnsitz.

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

Das in Europa und den Mittelmeerländern benutzte Transportmittel, wenn es die Dringlichkeit und Schwere des Falles erfordern, ist ein Spezialflugzeug für den Krankentransport.

In den übrigen Fällen und in allen anderen Ländern wird der Transport je nach Umstand entweder in einem regulären Linienflugzeug oder mit dem schnellsten und geeignetsten Verkehrsmittel durchgeführt.

2.1.5 Rückführung von Verstorbenen und deren Begleitpersonen

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

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

Handelt es sich bei den Familienangehörigen um die Kinder unter 15 Jahren des verstorbenen Versicherten und gibt es keinen Familienangehörigen oder eine Vertrauensperson, die sie auf der Rückreise begleiten könnten, stellt DKV Seguros eine Begleitperson zur Verfügung, die mit den Kindern bis zum Bestattungsort oder zu ihrem

Wohnsitz in Spanien auf der Rückreise zurückreist.

2.1.6 Überführung sterblicher Überreste

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

Wenn der Todesfall im Ausland eintritt, übernimmt DKV Seguros zudem die Aufenthaltskosten dieser Person bzw. die Aufenthaltskosten einer anderen Person, die bereits vor Ort ist, da sie diese Reise gemeinsam mit dem verstorbenen Versicherungsnehmer unternommen hatte, und von den Familienmitgliedern zum Begleiter der Leiche bestimmt wurde. **Dabei gilt ein Höchstbetrag von 80 Euro pro Tag für einen maximalen Zeitraum von drei Tagen.**

2.1.7 Rückführung oder Transport von anderen Versicherten

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

a) Transport der übrigen Versicherten bis zu dem Ort ihres festen Wohnsitzes oder dem Ort, in dem der zurückgeführte oder transportierte Versicherte im Krankenhaus liegt.

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

2.1.8 Reisekosten 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, damit er der versicherten Person zur Seite steht. Wenn der Krankenhausaufenthalt im Ausland stattgefunden hat, übernimmt DKV Seguros außerdem die Aufwendungen für den Aufenthalt des Familienangehörigen in einem Hotel. Erstattet werden bei Vorlage der entsprechenden Zahlungsbelege **bis zu 80 Euro täglich für einen maximalen Zeitraum von zehn Tagen..**

2.1.9 Vorzeitige Rückkehr nach Hause

Wenn während einer Reise, auf der sich der Versicherte weit weg von seinem festen Wohnsitz befindet, ein Brand oder ein schwerer Schaden auftritt oder ein Familienangehöriger ersten Grades verstirbt, stellt DKV Seguros dem Versicherten des Versicherten ein Ticket zur Verfügung, um sofort nach Hause zurückreisen zu können, falls es das vom Versicherten gekaufte Rückreiseticket nicht zulässt, eine vorzeitige Rückreise anzutreten.

Falls die versicherte Person aufgrund einer solchen Situation an ihren Wohnsitz zurückkehren muss, danach aber mit der Reise fortfahren möchte und wieder zum Zielort der Reiseziel zurückfahren möchte, erstattet DKV Seguros ihr dieses Ticket.

2.1.10 Arzneimittelversand

DKV Seguros koordiniert dem Versand von Arzneimitteln, die für den Heilungsprozess des Versicherten notwendig sind und nicht an dem Ort, an dem sich die versicherte Person befindet, erhältlich sind.

2.1.11 Telefonische ärztliche Beratung

Benötigt die versicherte Person während ihrer Reise medizinische Informationen von einem Arzt, die sie vor Ort nicht erhalten kann, hat sie die Möglichkeit, sich telefonisch mit der Beratungsstelle in Verbindung zu setzen und diese dort anzufordern.

Angesichts der Unmöglichkeit, eine telefonische Ferndiagnose zu erstellen, sind die erhaltenen Informationen als reine Orientierungshilfe zu betrachten und dürfen keinesfalls als Verpflichtung für DKV Seguros verstanden werden.

2.1.12 Hilfe bei der Suche von abhanden gekommenem Gepäck

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

2.1.13 Versand von Dokumenten

Sollte der Versicherte ein vergessenes Dokument benötigen, wird DKV Seguros alle notwendigen Schritte veranlassen, um es ihm an seinem Bestimmungsort zu senden.

2.1.14 Aufwendungen für einen Rechtsbeistand und Vorschuss einer Sicherheitsleistung im Ausland

Wenn der Versicherte infolge eines Verkehrsunfalls während einer Auslandsreise einen Rechtsbeistand engagieren muss, übernimmt DKV Seguros die damit verbundenen Aufwendungen **bis zu einem Höchstbetrag von 1.500 Euro**.

Sollte der Versicherte nicht in der Lage sein, einen Rechtsanwalt zu bestellen, wird DKV Seguros dies für ihn tun, ohne dass dadurch eine Haftung für die spätere Vertretung des Anwalts entsteht.

Wenn die zuständigen Behörden des Landes, in dem sich der Unfall ereignet hat, gegen die versicherte Person eine Sicherheitsleistung festsetzen, gewährt DKV Seguros einen Vorschuss, **der auf einen Höchstbetrag von 6.000 Euro begrenzt ist**.

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

2.1.15 Reiseinformationen

Wenn der Versicherte Informationen über die Länder benötigt, die er besuchen möchte, wie zum Beispiel Einreiseformalitäten, Ausstellung von Visa, Währung, wirtschaftliches und politisches System, Bevölkerung, Sprache, Gesundheitssituation usw., stellt DKV Seguros diese allgemeinen Informationen gerne zur Verfügung, wenn Sie sich mit dem Unternehmen unter der angegebenen

Telefonnummer in Verbindung setzen. Dort können Sie die Antwort auf Ihre Fragen per Telefonanruf oder E-Mail anfordern.

2.1.16 Übermittlung von Nachrichten

DKV Seguros übernimmt die Übermittlung von dringenden Nachrichten an die Angehörigen der Versicherten, die sich aus Ereignissen ergeben, die von den Leistungen dieser Police gedeckt sind.

2.1.17 Familienhilfe

Wenn infolge der Reisegarantie eines Familienmitglieds aufgrund von Krankenhausaufenthalt oder Todesfall des Versicherten Kinder unter 15 Jahren oder behinderte Kinder alleine zu Hause gelassen werden müssen, wird Ihnen eine Aufsichtsperson zur Verfügung gestellt. **Dabei gilt ein Höchstbetrag von 60 Euro pro Tag für einen maximalen Zeitraum von sieben Tagen.**

2.1.18 Sperren von Karten

Bei Diebstahl, Verlust oder Abhandenkommen von Bankkarten oder anderen Karten, die von spanischen Institutionen ausgestellt wurden, verpflichtet sich DKV Seguros auf Anfrage des Versicherten, dem Emissionsinstitut die Sperrung der Karte mitzuteilen.

2.1.19 Sperren von Mobiltelefonen

Wenn die versicherte Person eine Benachrichtigung über den Diebstahl oder Verlust des Mobiltelefons übermittelt, teilt DKV Seguros diesen Umstand dem Telefonanbieter mit, um die Sperrung des Geräts zu beantragen. DKV Seguros übernimmt in keinem Fall Verantwortung für missbräuchliche Nutzungen.

2.1.20 Vorauszahlung von Geldern im Ausland

Wenn nötig, verauslagt DKV Seguros dem Versicherten zusätzliche Kosten aufgrund eines Unfalls oder Krankheitsfalls im Ausland bis zu einem Höchstbetrag von 1.500 Euro, gegen Unterzeichnung eines Schuldanerkenntnisses oder Bankschecks in Höhe des betreffenden Betrags oder Euro-Gegenwerts des verauslagten Betrags, jedoch immer unter Berücksichtigung der geltenden Rechtsvorschriften in Bezug auf die Devisenkontrolle.

Der Versicherte verpflichtet sich, DKV Seguros den verauslagten Betrag innerhalb von maximal 30 Tagen ab verauslagter Zahlung zurückzuerstatten.

2.2 Gepäck

2.2.1 Verwaltungskosten für verlorene Dokumente

Gedeckt sind **bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro**, die entsprechend belegten Bearbeitungs- und Ausstellungskosten, die dem Versicherten während der Reise für den Ersatz von Kreditkarten, Bankschecks, Reiseschecks, Tankkarten, Sporttickets, Reisepässen, Visa entstehen, und die während einer Reise oder eines Aufenthalts weit weg von seinem festen Wohnsitz gestohlen oder verloren wurden.

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

2.3 Verzögerungen

2.3.1 Verpassen von Anschlussverbindungen von öffentlichen Verkehrsmitteln

Wenn sich die öffentlichen Verkehrsmittel aufgrund von technischen Störungen, Streiks, extremen Witterungsbedingungen oder Naturkatastrophen, gewaltsamen Eingreifen der Behörden oder anderer

Personen verspäten und infolgedessen der fahrplanmäßige Verkehrsanschluss verpasst wird, **erstattet DKV Seguros die mit der Verspätung verbundenen entsprechend belegten Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro.**

3. Beschränkungen des Vertrages

3.1 Ausschlüsse

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

3.1.2 Die Erkrankungen oder Verletzungen, die infolge von chronischen Krankheiten oder vor Beginn der Reise auftreten, sowie deren Komplikationen oder Rückfälle.

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

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

3.1.5 Die Kosten für Prothesen, Brillen und Kontaktlinsen, Geburten und Schwangerschaften, ausgenommen unvorhergesehene Komplikationen während der ersten sechs Monate und jede Art von Geisteskrankheit.

3.1.6 Unfälle, die durch das Ausüben von Sportarten bei Wettkämpfen sowie bei der Rettung von Menschen auf See, in den Bergen oder in der Wüste entstehen.

3.1.7 Alle ärztlichen oder pharmazeutischen Aufwendungen unter 10 Euro.

3.1.8 Die Kosten für Bestattung und Trauerfeier.

3.1.9 Schadensfälle im Zusammenhang mit Kriegen, Pandemien, Demonstrationen, Volksaufständen, Terrorismus, Sabotageakten, Streiks, Festnahmen durch Befehlsgewalt auf Grund von Straftaten, die nicht aufgrund von Verkehrsunfällen entstehen, Beschränkungen des freien

Warenverkehrs oder höherer Gewalt, außer der Versicherte beweist, dass der Schadensfall nicht mit den vorgenannten Umständen in Zusammenhang steht.

3.1.10 Schadensfälle aufgrund von Bestrahlung infolge von nuklearer Transmutation oder Zerfall bzw. Radioaktivität sowie Schadensfälle infolge von biologischen oder chemischen Wirkstoffen.

3.1.11 Schäden, die vorsätzlich vom Versicherten verursacht werden oder aus grober Fahrlässigkeit entstehen.

4. Zusatzbestimmungen

In Telefonaten, in denen die angegebenen Leistungen beantragt werden, müssen Sie den Namen des Versicherten, die Nummer der Krankenversicherungspolice oder Nummer der Versichertenkarte, den Ort, an dem Sie sich befinden, eine Telefonnummer und die Art der benötigten Hilfe angeben.

Für Verzögerungen oder Nichterfüllungen aufgrund höherer Gewalt oder besonderer verwaltungstechnischer oder politischer Besonderheiten eines bestimmten Landes wird keine Haftung übernommen. Sollte ein direktes Eingreifen nicht möglich sein, werden dem Versicherten bei seiner

Rückkehr nach Spanien oder, wenn nötig, auch in dem Land, in dem er sich gerade aufhält und die oben genannten Umstände nicht gegeben sind, die entstandenen und von der Versicherung gedeckten Kosten unter Vorlage der entsprechenden Belege zurückerstattet.

Die Leistungen für eine medizinische Behandlung oder Rückführung aus gesundheitlichen Gründen werden erst nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt des Krankenhauses, in das der Versicherte eingeliefert wurde, und mit dem Ärzteteam von DKV Seguros erbracht.

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

Die in den Gewährleistungen festgelegten Entschädigungen sind in jedem Fall Ergänzungen zu den Verträgen, die der Versicherte möglicherweise für die Deckung der gleichen Risiken, der Leistungen der Sozialversicherung oder einer anderen Gruppenversicherung abgeschlossen hat.

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

Für die Erbringung der Leistungen aus den vorstehenden Gewährleistungen durch DKV Seguros ist es unbedingt erforderlich, dass der Versicherte nach Eintritt des Schadensfalls, das Eingreifen der Versicherungsgesellschaft unter der folgenden Rufnummer beantragt: +34 91 379 04 34.

**Anhang II:
Exklusive
Deckungen der
Versicherung
DKV Integral in
der Modalität
Individual**

1. Einleitende Bestimmungen

1.1 Versicherte Personen

Die in Spanien ansässige natürliche Person, der Begünstigte der Krankenversicherung von DKV Seguros in der Modalität Einzelversicherung.

1.2 Modalität Einzelversicherung

Im Sinne der Vertragsschließung wird die Versicherung als Modalität Einzelversicherung bezeichnet, wenn mindestens 1 Person und höchstens 9 Personen versichert sind, die alle durch ein anderes Band als einzig und allein durch das versicherte Interesse miteinander verbunden sind, Familienangehörige ersten Grades sind (der Versicherungsnehmer, sein Ehegatte oder Lebenspartner und seine nicht emanzipierten Kinder unter 30 Jahre, die im selben Familienwohnsitz leben). Ihre Versicherungsdeckung darf in keinem Fall durch obligatorischen Zugang (colectivo cerrado) oder freiwillig (colectivos abiertos o cofinanciados) zu Vertragskonditionen

zustande gekommen sein, die DKV Seguros vorab mit einem Kollektivpartner vereinbart hat.

1.3 Versicherungsdauer

Ist die gleiche wie die Versicherungsdauer der Hauptversicherungsdeckung der Krankenversicherung.

1.4 Gültigkeit

Um die genannten Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte seinen festen und angemeldeten Wohnsitz in Spanien haben.

2. Exklusive Zusatzdeckungen

Einzig und allein durch den Vertragsabschluss der Krankenversicherung „DKV Integral“ in der Modalität Einzelversicherung hat der Versicherte Zugang zu den folgenden Zusatzdeckungen:

2.1 Erstattung von Arztkosten im Ausland für schwere Krankheiten.

2.1.1 Territorialer Geltungsbereich

Der Versicherte kann die medizinische und/oder chirurgische Behandlung einer der nachstehend beschriebenen und in dieser Gewährleistung enthaltenen schweren Krankheiten in Form einer Kostenrückerstattung mit den ausdrücklich angegebenen Deckungsleistungen und Einschränkungen in Anspruch nehmen. Zu diesem Zweck ist es notwendig, durch einen Arztbericht nachzuweisen, dass Ihnen während der Gültigkeitsdauer der Versicherung in Spanien zuvor die oben genannten Krankheiten diagnostiziert wurden.

2.1.2 Versicherungsumfang

Die maximale Deckung von DKV Seguros bei den nachstehend aufgeführten schweren Krankheiten beläuft sich auf 80 % des Betrags der vom Versicherten für die Behandlung bezahlten Rechnungen, bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt 16.000 Euro pro versicherte Person und Jahr, sofern diese Rechnungen im Ausland ausgestellt wurden und den Behandlungskosten entsprechen, die sich aus den in der Versicherung enthaltenen Gesundheitsleistungen ergeben (siehe Abschnitt 4 „Versicherungsumfang“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen):

2.1.2.1 Herzinfarkt: Krankheit, die aus dem permanenten Verschluss eines Teils des Hauptrumpfes oder einer wichtigen Verzweigung der Koronararterien besteht, sowie deren Komplikationen nach einem Herzinfarkt (Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, Herzblockaden und Restangor).

2.1.2.2 Krebs: Krankheit, die sich durch die Anwesenheit eines bösartigen Tumors äußert, der sich durch sein unkontrolliertes Wachstum und die Verbreitung von bösartigen Zellen, die Invasion von Gewebe, einschließlich der direkten Erweiterung oder Metastasen oder einer großen Anzahl von bösartigen Zellen im Lymph- oder Kreislaufsystem wie beim Hodgkin-Lymphom oder bei der Leukämie auszeichnet. **Bei Hautkrebs sind nur invasive Melanome gedeckt, andere Hautkrebsarten sind ausgeschlossen.**

In allen Fällen muss die Diagnose von Krebs auf einem histopathologischen Ergebnis der Bösartigkeit beruhen.

2.1.2.3 Zerebrovaskuläre Erkrankung:

Zerebrovaskuläre Krankheit oder Schlaganfall, die dauerhafte neurologische Folgeschäden infolge eines Hirninfarkts, Blutung und in-situ-Embolie oder von einer extrakraniellen Stelle aus verursacht.

2.1.2.4 Organtransplantation: muss ein Empfänger einer Transplantation der Hornhaut, der Hornhaut, des Herzens, der Leber, des Knochenmarks und der Niere sein **(mit Ausnahme der medizinischen Versorgung des Spenders)**.

2.1.2.5 Lähmung/Paraplegie:

Vollständiger und dauerhafter Funktionsverlust von zwei oder mehr Gliedmaßen als Folge eines medulären Abschnitts oder neurologischer Erkrankungen.

Ebenso sind die Kosten für die medizinische Versorgung im Ausland bei diesen schweren Krankheiten gedeckt, jedoch mit den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegten Einschränkungen und Ausschlüssen des Versicherungsschutzes (siehe Abschnitt 5 „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ und 6 „Karenzzeiten“).

**2.1.3 Anspruch auf den Versicherungsschutz:
Besondere Regelungen**

a) Für die Zwecke dieses Versicherungsschutzes muss der Versicherungsfall gemeldet werden, wenn der Versicherte die Erstattung von Behandlungskosten beantragt, die im Ausland aufgrund einer schweren, zuvor in Spanien während

der Gültigkeit der Versicherung diagnostizierten Krankheit entstanden sind und durch diese Gewährleistung gedeckt ist, sowie auch die ärztlichen Berichte mit der endgültigen ärztlichen Diagnose vorlegen, mit der die Erkrankung an dieser Krankheit bestätigt wird.

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

Für die Vorlage dieser Unterlagen erhalten Sie von DKV Seguros das Erstattungsformular mit den administrativen Mindestanforderungen, die die Rechnungen für die Rückerstattung erfüllen müssen und die auf der Rückseite dieses Dokuments beschrieben sind.

Der Versicherte und seine Angehörigen müssen alle Berichte und Nachweise vorlegen, die DKV Seguros für notwendig hält. Die Nichteinhaltung dieser Pflicht kann zur Verweigerung des Erstattungsanspruchs führen.

c) Die Erstattung der Kosten erfolgt auf folgende Weise:

- > Nach Vorlage des Erstattungsformulars zusammen mit den Originalen der Berichte und Rechnungen, die die erhaltene Leistung belegen, übernimmt DKV Seguros die entstandenen Kosten entsprechend dem Prozentsatz und den oben genannten Deckungsgrenzen.
- > Die Zahlung erfolgt auf das dafür vorgesehene Girokonto. Die auf diese Weise durchgeführte Zahlung ist für DKV Seguros in vollem Umfang rechtsgültig, wirksam und schuldbefreiend.
- > Die Abrechnung der Kosten, die vom Versicherten in ausländischer Währung geleistet und bezahlt wurden, wird in Spanien in Euro zum Wechselkurs des Zahltages bezahlt. Sollte dieser Wechselkurs am Zahltag nicht feststehen, gilt der am Ausstellungsdatum der Rechnung bzw. der am Tag der Erbringung der Dienstleistung geltende Kurs.
- > Die Kosten für die Übersetzung der Berichte, Rechnungen oder Belege über die Arzthonorare werden nur dann von DKV Seguros getragen, wenn sie in englischer, deutscher, französischer oder portugiesischer Sprache verfasst sind.

Wenn sie in einer anderen Sprache verfasst sind, sind sie vom Versicherten zu tragen.

d) Nachdem die Erstattung der Kosten erfolgt ist, kann DKV Seguros das Recht auf Regressforderung mit den in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegten Grenzen ausüben (siehe Abschnitt 3.5 „Regressforderungsklausel“).

2.1.4 Beschränkungen des

Versicherungsschutzes

Die Kosten für die medizinische Versorgung im Ausland für die in diesem Anhang beschriebenen schweren Krankheiten sind durch die Modalität, den territorialen Geltungsbereich, den Gegenstand, die Zugangsform, die Deckungsbeschränkungen und ausgeschlossenen Risiken gedeckt, die im Anhang II selbst und in den folgenden Abschnitten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die den Versicherungsschutz definieren und eingrenzen:

- > Abschnitt 2 „Grundlagen. Definitionen“
- > Abschnitt 3 „Leistungsmodalitäten und Erweiterung der Versicherung“
- > Abschnitt 4 „Versicherungsumfang“

> Abschnitt 5 „Exklusive Deckungsleistungen“

> Abschnitt 6 „Karennzeiten“

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

2.2.1 Gegenstand der Deckung

DKV Seguros garantiert die Erstattung von 100 % des Rechnungsbetrags für die Leistungen der Familienhilfe und/ oder Pflege von pflegebedürftigen Personen **bis zu einem Höchstbetrag von 12.000 Euro während der Dauer der Police und/oder des Lebens des Versicherten und mit einer Untergrenze von 2.000 Euro für den Beratungsservice oder die Bearbeitung der Hilfeleistungen für pflegebedürftige Personen**, wenn der Versicherte und/oder die Person in seinem Namen (gesetzlicher Vormund) den Nachweis für **die Pflegestufe 3 erbringt, die vom dem „System für die Autonomie und Hilfe für pflegebedürftige Personen“ (“Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” - SAAD) anerkannt ist und die durch einen Unfall verursacht wurde, der ab dem Inkrafttreten dieses Versicherungsschutzes gedeckt ist.**

Die Erstattung ist gewährleistet, sofern sie den Kosten entspricht, die aus den in diesem Versicherungsschutz enthaltenen Sozial- Gesundheitsdienstleistungen stammen **mit den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegten Einschränkungen und Ausschlüssen der Police (siehe Absätze 5.a, 5.c, 5.d, 5.e des Abschnitts „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“) und Anhang II (Abschnitt 2.2.3).**

Für die Zwecke dieser Deckung wird die Pflegestufe 3 als ein irreversibler Zustand definiert, in dem die pflegebedürftige Person weder jemals wieder autonom sein wird noch jemals wieder in eine niedrigere Pflegestufe kommt.

Die Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen und die Leistungen der Familienpflege oder Pflege von Pflegebedürftigen, die von professionellen Pflegekräften durchgeführt werden, auf die Sie Anspruch haben, sind:

2.2.1.1 Häusliche Serviceleistungen:

Serviceleistungen, die durch qualifiziertes Personal erbracht werden und eine Reihe nützlicher Pflegedienste für Personen anbieten, die eine verminderte Autonomie und persönliche Bewegungsfähigkeit haben, mit Schwierigkeiten beim Aufstehen, Duschen, Ankleiden

sowie Zubereitung der täglichen Mahlzeiten und die einen ständigen Krankenpfleger benötigen.

a) Persönliche Pflege:

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

b) Hauswirtschaftliche Hilfe:

- > Haushaltsreinigung
- > Haushaltseinkäufe
- > Zubereitung der Mahlzeiten

2.2.1.2 Betreuungsservice in Seniorenheimen: Das sind Leistungen, die in Seniorenheimen und Tages- oder Nachtzentren von hochqualifizierten Arbeitskräften erbracht werden und eine umfassende Betreuung gewährleisten; u.a. Ärzte, Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Psychologen oder Ergotherapeuten. Mit diesem Service haben Sie Zugang zu temporären und dauerhaften Aufenthalten in Seniorenheimen und Tageszentren.

- > Seniorenheime
- > Tageszentren für spezialisierte Betreuung und Pflege
- > Nachtzentrum

2.2.1.3 Service der 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, zu dem man Zugang über ein spezielles Terminal hat.

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

2.2.1.4 Serviceleistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes: Hierbei handelt es 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.

2.2.1.5 Beratungsservice und Bearbeitung von Hilfsleistungen für pflegebedürftige Personen.

Ebenfalls enthalten sind ein Beratungsservice und die Bearbeitung der Hilfsleistungen für pflegebedürftige Personen, **mit einer maximalen Untergrenze von 2.000 Euro während der Dauer der Police und/oder des Lebens des Versicherten.**

Der Versicherte und/oder eine Person in seinem Namen (gesetzlicher Vormund) kann bei DKV Seguros die Rückerstattung der gesamten Kosten für die Familienhilfe und/oder Pflege von pflegebedürftigen Personen beantragen, die in diesem Abschnitt aufgeführt werden. **Dabei gilt eine Höchstgrenze von 12.000 Euro pro Versichertem, mit einer Untergrenze von 2.000 Euro** für den Beratungsservice oder die Bearbeitung der Hilfsleistungen für pflegebedürftige Personen. **Hierzu muss die Bestätigung, dass ein Zustand oder die Situation von Pflegestufe 3 (Niveau 1 oder 2) von der autorisierten Behörde des „Systems für die Autonomie und Hilfe für pflegebedürftige Personen“ (“Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”) seiner autonomen Gemeinschaft, in der die Gründe und Umstände der Pflegebedürftigkeit spezifiziert sind, vorgelegt werden.**

Der Versicherungsschutz für Pflegebedürftigkeit endet automatisch und endgültig, wenn die versicherte Person den garantierten Höchstbetrag von 12.000 Euro oder die Untergrenze von 2.000 Euro für den Beratungsservice und die Bearbeitung der Hilfsleistungen für pflegebedürftige Personen während der Gültigkeitsdauer der Police durch Rückerstattung der Kosten erhalten hat.

2.2.2 Anspruch auf den Versicherungsschutz

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

- > Es muss der Anspruch auf die Bereitstellung der Leistungen für pflegebedürftige Personen in Spanien bestehen und es müssen die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sein, um Zugang zu diesen zu erhalten.
- > Die Person muss zum Zeitpunkt des Unfalls in der Krankenversicherungspolice aufgenommen gewesen sein, sowie auch in dem Antrag auf Erstattung der Kosten wegen Pflegestufe 3 und in der Rückstellung der Leistung.

- > Der Unfall darf nicht infolge von Tätigkeiten oder Umständen eingetreten sein, die vom allgemeinen Versicherungsschutz der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (Ziffer 5.a, 5.c, 5.d und 5.e „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) oder ausdrücklich aus der Deckung in Bezug auf Pflegebedürftigkeit (Ziffer 2.2.3 dieses Anhangs) ausgeschlossen sind.
- > Die Person muss nach Pflegestufe 3 pflegebedürftig sein, gemäß den Abstufungen, die im Gesetz über die Pflegebedürftigkeit 39/2006 vom 14. Dezember festgelegt wurden und in der Bewertungsskala der Pflegestufe (Königliches Dekret 504/2007 vom 20. April), die beide in Spanien in Kraft sind.
- > Hierzu muss die mit Datum und Unterschrift versehene Entscheidung mit der Einstufung oder Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 3 von der zuständigen Verwaltungsbehörde des „Systems für die Autonomie und Hilfe für pflegebedürftige Personen“ (“Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”) der autonomen Gemeinschaft, in der die Gründe und Umstände der Pflegebedürftigkeit spezifiziert sind, vorgelegt werden.

b) Die für die Anerkennung der Leistung notwendige Dokumentation:

Um Begünstigter der Erstattung der Kosten für die Pflegebedürftigkeit zu sein, muss der Versicherte die vollständige Anerkennung der Pflegebedürftigkeit vorlegen, indem er folgende Dokumente (Original oder beglaubigt) vorlegt:

1. Persönliche, familiäre und berufliche Daten des Versicherten, der die Leistung in Anspruch nimmt.
2. Die durch die zuständige Verwaltungsbehörde des „Systems für die Autonomie und Hilfe für pflegebedürftige Personen“ (“Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”) gewährte Einstufung, in der die Ursachen und Umstände der Pflegebedürftigkeit angegeben sind.
3. Ärztliche Berichte über den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person, und der vom Sozialarbeiter verfasste Sozialbericht.
4. Alle zusätzlichen Dokumente, die notwendig sind, um den Anspruch auf die Leistung zu nachzuweisen.
5. Die ausgestellte und mit Datum versehene Entscheidung mit der Einstufung oder Anerkennung der Pflegestufe 3, aus denen

der Anspruch auf Erstattung der Sozial- und Gesundheitsleistungen hervorgeht.

Die Nichteinhaltung der oben genannten Voraussetzungen kann zur Verweigerung des Erstattungsanspruchs führen.

c) Die Erstattung der Kosten erfolgt auf folgende Weise:

- > Nach Vorlage des Erstattungsformulars zusammen mit den Originalen der Berichte und Rechnungen, die die erhaltene Leistung belegen, übernimmt DKV Seguros die entstandenen Kosten entsprechend dem Prozentsatz und den oben genannten Deckungsgrenzen.
- > Die Zahlung erfolgt auf das dafür vorgesehene Girokonto. Die auf diese Weise durchgeführte Zahlung ist für DKV Seguros in vollem Umfang rechtsgültig, wirksam und schuldbefreiend.
- > Die Abrechnung der Kosten, die vom Versicherten in ausländischer Währung bezahlt wurden, wird in Spanien in Euro zum Wechselkurs des Zahltages bezahlt. Sollte dieser Wechselkurs am Zahltag nicht feststehen, gilt der am Ausstellungsdatum der Rechnung bzw. der am Tag der Erbringung der

Dienstleistung geltende Kurs.

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

Wenn sie in einer anderen Sprache verfasst sind, sind sie vom Versicherten zu tragen.

2.2.3 Ausgeschlossene Risiken der Deckung

Von der Deckung der Leistungen für pflegebedürftige Personen sind ausgeschlossen:

- 1. Erstattung der Kosten für Leistungen der Familienhilfe und/ oder Pflege von pflegebedürftigen Personen, die nicht ausdrücklich im Anhang II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.**
- 2. Erstattung der Kosten für Leistungen der Familienhilfe und/ oder Pflege von pflegebedürftigen Personen, die nicht ausdrücklich im Anhang II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind, sofern die Pflegestufe 3 vorliegt.**

a) Wenn die Pflegebedürftigkeit von einem Unfall herrührt, der durch Tätigkeiten oder Umstände verursacht wurde, die ausdrücklich vom allgemeinen Versicherungsschutz der allgemeinen Krankenversicherung ausgeschlossen sind (Ziffern 5.c, 5.d, 5.e) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

b) Die Pflegebedürftigkeit eine Folge und/oder Folgeerscheinung oder Komplikation von Verletzungen ist, die von einem Unfall verursacht wurde, die bereits vor dem Zeitpunkt der Aufnahme jedes Versicherten in die Police vorlag.

c) Die Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls entstanden ist, der in einer Situation der geistigen Entfremdung unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen aller Art oder psychotroper Substanzen im Allgemeinen verursacht wurde, auch wenn dies nicht die Ursache des Unfalls war.

d) Die Pflegebedürftigkeit eine Folge eines Unfalls ist, der aus Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit, Selbstmordversuch, oder aus der Teilnahme an Wetten, Wettkämpfen, Herausforderungen, Schlägereien oder Aggressionen entstanden ist.

e) Die Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall verursacht wurde, der sich aus

der Ausübung einer der folgenden Sportarten ergeben hat: Motorsport und Motorradfahren in jeder Form, Jagen, Tauchen, Segeln in nicht für den öffentlichen Personenverkehr bestimmten Wasserfahrzeugen, Reiten, Klettern, Bergsteigen, Höhlenforschung, Boxen, Kämpfe jeder Art, Kampfsport, Fallschirmspringen, Ballonfahren, Freiflug, Segelfliegen und im Allgemeinen jede Sport- oder Freizeitaktivität, die bekanntermaßen gefährlich ist.

f) Die Pflegebedürftigkeit von einem Unfall herrührt, die während einer Reise aufgetreten ist, sei es als Passagier oder als Besatzungsmitglied von Luftfahrzeugen mit einer Kapazität von weniger als zehn Plätzen für Passagiere.

3. Erstattung der Aufwendungen für Leistungen der Familienhilfe und/ oder Pflege von pflegebedürftigen Personen, sowie Erstattung eines Teils der Aufwendungen für Beratung und Bearbeitung, weil der Anspruch auf den Versicherungsschutz erloschen ist, da der Versicherte während der Gültigkeitsdauer der Versicherungspolice oder bei einer schon vorher abgeschlossenen Krankenversicherung in der Modalität Einzelversicherung den garantierten Höchstbetrag erhalten hat.

2.3 Erstattung der jährlichen Unterhaltskosten für die Aufbewahrung von hämatopoetischen Stammzellen aus der Nabelschnur in einer Bank während der ersten sechs Lebensjahre nach der Geburt, sofern die Entnahme und Kryokonservierung der Nabelschnur über einen vertragsgebunden Leistungserbringer aus dem „**Netzwerk DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden**“ erfolgte, die Geburt von der Versicherung gedeckt ist, und der Versicherte, dessen Stammzellen aufbewahrt werden, in der Police aufgenommen ist.

DKV Seguros bietet als Franchisenehmer über den DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden **die Entnahme der Nabelschnur des Neugeborenen und deren Kryokonservierung an**. Auf diese Weise übernimmt DKV Seguros 300 Euro von den Kosten der Entnahme und der Versicherte **die Zahlung von 690 Euro**, wenn er die Modalität ADVANCE wählt. Außerdem sind **die ersten sechs Jahre durch Rückerstattung von maximal 90 Euro/Jahr als Unterhaltskosten der Nabelschnur gedeckt, sofern die Entbindung durch die Versicherung gedeckt wurde und der Versicherte von Geburt an in der Versicherung verbleibt**.

Darüber hinaus hat DKV Seguros das Recht, bei jeder Vertragsverlängerung den Serviceanbieter des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden zu wechseln, die von ihr übernommenen Kosten für Extraktion, die Zugangsbedingungen, die vom Versicherten zu zahlenden Beiträge sowie den Höchstbetrag für erstattete Unterhaltskosten zu ändern.

**Der Versicherungsnehmer erkennt für die in Artikel 3 des
Versicherungsvertragsgesetzes beschriebenen Zwecke an, dass er ein Exemplar
der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Anhänge des Vertrages
erhalten hat, die er durch seine Unterschrift akzeptiert und ausdrücklich den
einschränkenden Klauseln zustimmt und insbesondere den Ausschlüssen von
im Abschnitt 5 genannten Deckungsleistungen, die in besonderer Weise und
getrennt hervorgehoben wurden und deren Inhalt er durch Durchlesen des
Schriftstücks kennt und versteht.**

Der Versicherungsnehmer
Reaseguros, S.A.E.

Der Versicherte

Im Auftrag von DKV Seguros y
Dr. Josep Santacreu
CEO

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line with a vertical stroke crossing it, and a large loop extending downwards from the intersection.

Folgen Sie uns auf:  

Laden Sie die app herunter



Telefonische Beratung
durch:

Fundación
INTEGRALIA DKV



Verantwortlich mit
Ihrer Gesundheit, der
Gesellschaft und dem
Planeten



Gesundes
Unternehmen



Nachhaltiges
Unternehmen

DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. Torre DKV, Avda. María Zambrano 31, 50018 Zaragoza, inscrita en el Registro Mercantil de la provincia de Zaragoza, tomo 1.711, folio 214, hoja n.º Z-15.152. CIF: A-50004209.