



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

Bei Arbeitsunfähigkeit rechnen
Sie mit DKV

DKV Renta

Achten Sie gut auf Ihre Gesundheit

**VERSICHERUNGSPOLICE
DKV RENTA**

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

EINGEZAHLTES GRUNDKAPITAL: 66.110.000 EUROS

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

Handelsregister Zaragoza, Buch 1.711, Registerblatt 156, Seite Z-15.152.
Umsatzsteueridentifikationsnummer (CIF): A -50004209.

Mod. RE CON-04000
Stand: Juni 2014

zDNP1.CG/07_V8a

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

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

Inhaltsverzeichnis

Seiten

	ANMERKUNGEN DES GESCHÄFTSFÜHRERS	5
	WIR BEANTWORTEN IHRE FRAGEN	8
	VERSICHERUNGSVERTRAG: ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN.	18
	Einleitende Klausel	19
1.	Grundkonzepte, Begriffsdefinitionen.	21
2.	Gegenstand der Versicherung und Geltungsbereich	25
3.	Zustandekommen und Auswirkungen des Vertrages.	27
4.	Im Leistungsumfang eingeschlossene Risiken	29
4.1	Vorübergehend Arbeitsunfähigkeit	29
	Garantie I. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit Tagegeldleistung. Erster Leistungszeitraum	29
	Garantie II. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit Tagegeldleistung, Zweiter Leistungszeitraum	30
	Garantie III. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit Tagegeldleistung. Dritter Leistungszeitraum	30
	Garantie IV. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit Tagegeldleistung. Vierter Leistungszeitraum	30
	Garantie V. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit Tagegeldleistung. Fünfter Leistungszeitraum	30
	Garantie VI. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit Pauschalleistung	34
	Leistungsverzeichnis für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung	37
4.2	Krankenhausaufenthalt	50
4.3	Chirurgischer Eingriff	51
4.4	Vollständige und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit	52
4.5	Medizinische Versorgung nach einem Unfall.	53
5.	Einschränkungen der Leistungspflicht und zusätzliche Deckungen	55
5.1	Einschränkungen der Leistungspflicht	55

5.2	Zusätzliche Deckungen	56
6.	Beziehungen zwischen den Vertragspartnern. Juristische Aspekte	59
6.1	Vertragsgrundlagen	59
6.2	Vertragsabschluss und Versicherungsdauer	60
6.3	Beitragszahlung, Leistungsunterbrechung, Wiedereinsetzung und Beendigung	60
6.4	Obliegenheiten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen	62
6.5	Obliegenheiten von DKV Seguros	63
6.6	Neubewertung der Beiträge und Entschädigungen	63
6.7	Schriftliche Mitteilungen	64
6.8	Verjährung und Gerichtsbarkeit	64

VERZEICHNIS DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE	65
-----------------------------------------	----

ZUSÄTZLICHE SERVICE-LEISTUNGEN

1.	Gesundheitsberatung (Línea Médica DKV) 24 Stunden	82
2.	Ärztliche Zweitmeinung	82
3.	Refraktive Chirurgie bei Fehlsichtigkeit	82
4.	Medizinisch unterstützte Fortpflanzung	83
5.	Service zur Nikotinentwöhnung	83

Anmerkungen des Geschäftsführers

“In DKV Seguros wollen wir transparent und kommunikativ sein”

Sehr geehrte/r Versicherungsnehmer/in,

Schon vor ein paar Jahren hat DKV Seguros das Programm “Klare Versicherungssprache” als Pionierleistung ins Leben gerufen. Die Absicht war es, im Versicherungssektor eine Veränderung der Sprachregelung zu initiieren.

Mit der festen Überzeugung, dass das Fehlen von Transparenz Misstrauen hervorruft, hatte unser Unternehmen sämtliche Dokumente, die unsere Kunden erhalten, einer gründlichen Revision unterzogen mit dem Ziel, eine **einfache, leicht verständliche, klare und direkte Sprache** anzubieten, fern jeder technischen Verklausulierung und fern des so genannten “Kleingedruckten”, wie es in den Versicherungsverträgen üblich ist.

“Klare Versicherungssprache” ist Teil des Versprechens von DKV Seguros, ihren Kunden einen exzellenten Service zu bieten. Dies entspricht der strategischen Linie unseres Unternehmens und wird eingerahmt vom Aspekt, dass unsere Produkte und Service-Leistungen stets dem Programm der unternehmerischen Verantwortung von DKV Seguros folgen. Die Initiative wurde von unabhängigen Institutionen unterstützt und folgt dem Interesse verschiedener Organisationen, die Verbraucher zu schützen.

**“Die klare Versicherungssprache” ist Teil des
Versprechens von DKV Seguros,
ihren Kunden einen exzellenten Service zu bieten”**

Kürzlich wurde **unsere Kooperation mit dem spanischen Verbraucherschutzverband (Unión de Consumidores de España, UCE)** durch die Unterschrift eines neuen Abkommens manifestiert, wobei der Aufgabenkatalog dieser gemeinschaftlichen Arbeitsbeziehung erweitert wurde und sich nun auf den gesamten Sektor ausdehnt, mit dem Ziel, durch Public Relation-Aktionen und weitere Forschungen im Hinblick auf die Verbraucher und Kunden als auch auf verschiedene Agenten und Versicherungsinstitutionen auf das Thema aufmerksam zu machen.

Außerdem hat DKV Seguros die Vertragsbedingungen ihrer Produkte überarbeitet und dadurch die Versicherungsdeckungen klarer formuliert - sowohl der Form nach als auch hinsichtlich ihres Inhalts, damit unsere Versicherten stets genau wissen, was ihre Versicherung ihnen verspricht.

Wir von DKV Seguros sagen, dass wir das “Kleingedruckte” nicht mögen, **weil wir in die Qualität unserer Produkte vertrauen**, deren Design und Vermarktung stets dem Prinzip der Innovation unterworfen ist sowie der Fähigkeit, unseren Kunden ein flexibles und auf sie abgestimmtes Angebot unterbreiten zu können.

Schließlich möchte ich Sie noch auf unser telefonisches Kunden-Center (Telefon 902 499 499) und auf unsere Web-Seite (www.dkvseguros.com) hinweisen, wo DKV Seguros ebenfalls Informationen über die zusätzlichen Service-Leistungen zur Verfügung stellt.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen in uns.
Mit freundlichen Grüßen



Dr. Josep Santacreu Bonjoch
Consejero Delegado
Gruppe DKV

Wir beantworten Ihre Fragen

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

Hiermit möchten wir Ihnen bereits im Vorfeld Antwort auf möglicherweise auftretende Fragen bei der Inanspruchnahme Ihrer Versicherungspolice geben. In diesem Kapitel haben wir die von unseren Versicherten am häufigsten gestellten Fragen zusammengefasst und sind um eine klare und verständliche Beantwortung bemüht.

Wir hoffen, dass sie Ihnen nützlich sind.

ZUM VERTRAG

WAS BEDEUTEN DIE “ALLGEMEINEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN”?

Bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, auch “Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen” genannt, handelt es sich um einen Vertrag, in dem die Rechte und Obliegenheiten sowohl von DKV Seguros als auch vom Versicherungsnehmer bzw. Versicherten aufgeführt werden.

WELCHE DOKUMENTE UND UNTERLAGEN ERHALTE ICH BEI ABSCHLUSS MEINER VERSICHERUNG?

Die Vertragsbedingungen, das Dokument der Meldung des Versicherungsfalls, welches den Teil der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch Krankheit und den Teil der Schadensmeldung bei Unfall umfasst, sowie die Information über zusätzliche Service-Leistungen, die Ihnen DKV Seguros als Vertragspartei dieser Police zur Verfügung stellt. Sie werden Ihnen in Form von einer Zweitschrift zugestellt.

Es ist ratsam, dass Sie Ihre persönlichen, aufgenommenen Daten auf Richtigkeit überprüfen und uns direkt oder mittels Ihres Versicherungsagenten, der durch die DKV Seguros bekräftigt worden ist, jeglichen Fehler, den Sie beobachten können, übermitteln.

WELCHER DECKUNGSUMFANG GILT FÜR MICH?

Dieser ist in den Besonderen Versicherungsbedingungen unabhängig von dem in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

WAS MUSS ICH NACH ERHALT MEINER UNTERLAGEN BEACHTEN?

Die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen müssen von Ihnen unterschrieben werden. Nach Kenntnisnahme schicken Sie die unterschriebene Kopie an uns zurück und bewahren die für Sie bestimmte Ausfertigung der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen gut auf. Bei Fragen stehen wir Ihnen unter der Telefonnummer 902 499 499 oder mittels Ihres Versicherungsagenten gerne zur Verfügung.

MUSS DIE VERLÄNGERUNG DES VERTRAGES MITGETEILT WERDEN?

Der Vertrag verlängert sich jährlich automatisch. Eine Mitteilung über die Verlängerung Ihres Vertrages ist nicht erforderlich.

Sowohl Sie als auch DKV Seguros können die Police mit einer Frist von mindestens zwei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich per Einschreiben kündigen.

WIE GEHEN WIR MIT DEN PERSÖNLICHEN DATEN UM?

DKV Seguros ist ausdrücklich berechtigt, persönliche Daten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen von Unternehmen der Versicherungsgruppe oder anderen verbundenen Firmen einzuholen sowie an diese weiterzugeben. Daten über den Gesundheitszustand der versicherten Person werden nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies Voraussetzung zur Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen ist, die unter den Versicherungsschutz der Police fallen.

Die Versicherungsnehmer und die versicherten Personen berechtigen DKV Seguros dazu, Informationen über Produkte und Dienstleistungen, die in ihrem Interesse liegen, zu übermitteln.

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

WELCHE BEDEUTUNG HAT DIE GESUNDHEITSERKLÄRUNG, DIE SIE ZUM ZEITPUNKT DER ANTRAGSSTELLUNG ABGEBEN?

Der Vertrag wird gemäß Ihrer Angaben geschlossen, weswegen diese korrekt und präzise sein sollten. Wenn diese nicht der Wahrheit entsprechen sollten, so kann Ihnen nachträglich der Erhalt der Entschädigungszahlung verwehrt werden.

WAS BEDEUTET DIE PROGRESSIVITÄT BEI SCHADENSAUSGLEICH FÜR VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT?

Hiermit wird eine tägliche Entschädigung abgedeckt, die sich bei längerer Arbeitsunfähigkeit erhöht.

GIBT ES EIN HÖCHSTALTER FÜR DIE LAUFZEIT DIESER VERSICHERUNG?

Das Höchstaufnahmealter liegt, ausgenommen bei dem Umfang für vollständige und dauerhafte Invaldität von 65 Jahren, bei siebenzig Jahren.

BEANTRAGUNG DES TAGEGELDES BEI VORÜBERGEHENDER ARBEITSUNFÄHIGKEIT ODER STATIONÄRER BEHANDLUNG

WIE TEILE ICH MEINE KRANKMELDUNG MIT?

Bitte reichen Sie DKV Seguros das Formular „Meldung eines Versicherungsfalls“ (Declaración de Siniestro) entweder direkt oder über den für Sie zuständigen Agenten oder Makler ein. Aus diesem Formular gehen alle zur Bearbeitung notwendigen Informationen hervor.

Sollten Sie dieses Formular nicht ausfüllen können, bitten Sie den behandelnden Arzt um die Ausstellung eines durch ihn unterzeichneten Berichtes, aus dem Folgendes hervorgehen muss:

- › Name und Nachname des Arztes
- › Name, Nachname, Adresse, Geburtsdatum und Beruf der versicherten Person
- › Ursache, Gründe der Erkrankung und ungefährer Zeitpunkt, an dem sie zum ersten Mal auftrat bzw. Tag des Unfalls
- › Datum der Krankmeldung und voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Haben Sie die Garantie “Stationäre Behandlung“ abgeschlossen und wurden in ein Krankenhaus eingewiesen, reichen Sie uns bitte den Aufnahmebericht ein, der Ihnen vom Leistungserbringer ausgehändigt wird.

Bei Fragen setzen Sie sich bitte unter der Telefonnummer 902 499 499 mit uns in Verbindung.

IST ES NOTWENDIG, DIE UNTERLAGEN DER SPANISCHEN GESETZLICHEN VERSICHERUNG (SEGURIDAD SOCIAL) ODER DER UNFALL-BERUFGENOSSENSCHAFT ZUZUSCHICKEN?

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

INNERHALB WELCHER FRIST MUSS ICH DIE ARBEITSUNFÄHIGKEIT MITTEILEN?

Innerhalb von sieben Tagen. Geschieht dies nach Ablauf dieser Frist, kann ggf. die Leistungspflicht ab einem späteren Zeitpunkt einsetzen.

WELCHE INFORMATION BENÖTIGT DKV SEGUROS, UM DIE AUSZAHLUNG VORZUNEHMEN?

Das Formular "Meldung eines Versicherungsfalls" und die Gesundheitsmeldung (Arbeitsfähigkeit).

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

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

BESTEHT EINE ZEITLICHE BEGRENZUNG FÜR DIE ZAHLUNG DES KRANKENTAGEGELDES?

Sie können zwischen verschiedenen Möglichkeiten wählen. Die abgeschlossenen Leistungsumfänge und die maximalen Entschädigungszeiträume werden in den Besonderen Versicherungsbedingungen konkret definiert.

WANN WIRD DAS KRANKENTAGEGELD GEZAHLT?

Nach Meldung des Schadens und nach Vorlage der entsprechenden Unterlagen prüft DKV Seguros den endgültigen Umfang der Leistungspflicht und veranlasst die Entschädigungszahlung innerhalb von zwei Wochen.

Verlängert sich der Zeitraum der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit (länger als 40 Tage), können Sie eine Vorauszahlung auf die Leistung beantragen.

WANN ENDET DIE LEISTUNGSPFLICHT?

Sobald die Gesundheitsmeldung vom Arzt attestiert wird oder unter folgenden Umständen:

- › Ihr gesundheitlicher Zustand erlaubt es Ihnen, Ihre Arbeit / Ihren Beruf wieder aufzunehmen, wenn auch nur zeitweise
- › Ihre vorübergehende Arbeitsunfähigkeit geht über in eine dauernde Berufsunfähigkeit
- › Sie gehen in Rente oder werden arbeitslos
- › Sie halten sich länger als 72 Stunden außerhalb Ihrer Wohnung auf, ohne dies dem Unternehmen vorher mitgeteilt zu haben
- › Sie verweigern die “Inspektions-Besuche“ durch DKV Seguros
- › Das DKV Seguros Ärzte-Team hält eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit für nicht gerechtfertigt

WELCHE SCHRITTE KANN ICH UNTERNEHMEN, WENN ICH MIT DER ENTSCHEIDUNG VON DKV SEGUROS NICHT EINVERSTANDEN BIN?

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

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

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

BESTEHT BEI ENTBINDUNG ANSPRUCH AUF TAGEGELD?

Obwohl es sich bei einer Entbindung nicht um eine Krankheit handelt, haben Mütter, nachdem sie mehr als acht Monate versichert waren, Anspruch auf Leistung, sofern sie eine der nachfolgenden Garantien (Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung, Krankenhausaufenthalt) in dem Umfang und mit den Bedingungen, die für jede Deckung gelten, versichert haben.

Dies gilt auch im Fall einer Adoption.

ERHALTEN DIE BEGÜNSTIGTEN LEISTUNGEN IM TODESFALL DER VERSICHERTEN PERSON?

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

WAS GESCHIEHT MIT DER DURCH DIE SPANISCHE GESETZLICHE VERSICHERUNG (SEGURIDAD SOCIAL) GEZAHLTEN ENTSCHÄDIGUNG?

Die vertragsgemäße Leistung aus dieser Police wird unabhängig von der von der Seguridad Social gezahlten Entschädigung fällig und ist mit dieser vereinbar.

WAS IST DIE WARTEZEIT?

Die Zeit, die vergehen muss, von dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Versicherung an, bis die Garantien der Police in Kraft treten. Diese Zeitspanne ist in den Besonderen Versicherungsbedingungen näher spezifiziert.

Wenn die Arbeitsunfähigkeit Folge eines Unfalls ist, ist keine Wartezeit zu erfüllen.

WANN BEGINNT DIE LEISTUNGSPFLICHT FÜR TAGEGELDZAHLUNG BEI ABSICHERUNG VON VORÜBERGEHENDER ARBEITSUNFÄHIGKEIT?

Es ist die Anzahl der Tage eines jeden Arbeitsunfähigkeits-Prozesses, in denen keine Berechtigung auf Entschädigungszahlungen besteht.

AB WELCHEM TAG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT AN HABEN SIE RECHT AUF DEN ERHALT DER ENTSCHÄDIGUNGZZAHLUNGEN NACH EINEN ARBEITSAUSFALL?

Wenn keine Karenzzeit bis zum Leistungsbeginn (Franchise) vereinbart wurde, von dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an.

Ist eine Karenzzeit vereinbart, ab dem Tag der auf den letzten Tag der durch die Karenzzeit bestimmten Leistungsfreiheit folgt.

Wir erinnern Sie daran, dass es unerlässlich ist, uns den Eintritt des Schadensfalls innerhalb von sieben Tagen nach Eintritt des Ereignisses mitzuteilen. Sollte dies nicht geschehen, beginnt die Entschädigungszahlung mit dem Tag, an dem wir die Mitteilung über die Arbeitsunfähigkeit erhalten.

Der Tag, an dem die Arbeit wieder aufgenommen werden kann, gilt nicht als entschädigungsfähig.

WANN HABEN SIE ANSPRUCH AUF "KRANKENTAGEGELD MIT PAUSCHALLEISTUNG" WEGEN VORÜBERGEHENDER ARBEITSUNFÄHIGKEIT?

Ab dem Augenblick, wo entsprechende Dokumente mit ergänzenden Berichten, die von DKV Seguros angefordert werden können, vorgelegt werden und die eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit oder Gebrechen dokumentieren.

SIND DIE RESTLICHEN VERTRAGSLEISTUNGEN ABHÄNGIG VOM LEISTUNGSBEGINN DER VORÜBERGEHENDEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT?

Nein, die Karenzzeit bis zum Leistungsbeginn betrifft nur die Entschädigungszahlungen in Form von Tagegeld für den Arbeitsausfall.

WELCHE RISIKEN SIND VOM LEISTUNGSUMFANG AUSGESCHLOSSEN?

Es handelt sich hierbei um jene Krankheiten oder Unfälle, die nicht im Versicherungsumfang Police enthalten sind und daher kein Recht auf Tagegeldleistung besteht.

Diese ausgeschlossenen Risiken werden bei Versicherungsabschluss vereinbart und detailliert fett markiert in den Vertrag aufgenommen.

BERUFSTÄTIGKEIT

WAS GESCHIEHT, WENN SICH IHRE ARBEITSSITUATION ODER IHRE BERUFSTÄTIGKEIT VERÄNDERT?

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

Damit werden alle Probleme oder Konfusionen in der Schadenbearbeitung vermieden.

PERSÖNLICHE DATEN

WAS GESCHIEHT BEI EINEM WECHSEL DES WOHNSTIZES, DER TELEFONNUMMER USW.?

Sie sollten uns unverzüglich jegliche Veränderung mitteilen.

BEITRAGSZAHLUNG

WELCHE ERHÖHUNGEN GIBT ES BEI DEM VERSICHERUNGSBEITRAG?

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

WARUM WIRD VON JAHRESVERTRAG GESPROCHEN, WENN DIE BEITRAGSZAHLUNG MONATLICH, HALBJÄHRLICH ODER VIERTELJÄHRLICH ERFOLGT?

Die in der Police festgelegte Vertragsdauer beträgt jeweils ein Jahr, für die ein Jahresbeitrag fällig wird. Die Beitragszahlung kann jedoch in Raten mit einem geringen Aufschlag, monatlich, halbjährlich oder vierteljährlich erfolgen.

WAS GESCHIEHT, WENN SIE DEN VERSICHERUNGSBEITRAG NICHT ZAHLEN?

Solange Sie nicht den ersten Versicherungsbeitrag geleistet haben, tritt der Versicherungsschutz nicht in Kraft. Für die weiteren Beitragszahlungen wird Ihnen eine Zahlungsfrist von einem Monat eingeräumt, um Ihre Beitragszahlung zu realisieren. Verstreicht diese, so setzt die Leistungspflicht aus.

SERVICE-LEISTUNGEN, DIE DKV SEGUROS INNERHALB DES VERSICHERUNGSSCHUTZES ANBIETET

Bei Abschluss von "DKV Renta" bietet Ihnen DKV Seguros die Möglichkeit, nachfolgende Leistungen mit in den Vertrag aufzunehmen, um damit Ihren gesundheitlichen Ansprüchen gerecht zu werden. Einige dieser Leistungen sind kostenlos, die übrigen werden Ihnen zu niedrigeren als den marktüblichen Preisen angeboten:

- > DKV Gesundheitsberatung (Línea Médica) 24 Stunden
- > Ärztliche Zweitmeinung
- > Chirurgische Laser-Korrektur bei Fehlsichtigkeit
- > Medizinisch unterstützte Fortpflanzung
- > Service zur Nikotinentwöhnung

WAS IST DIE DKV SEGUROS GESUNDHEITSBERATUNG (LÍNEA MÉDICA) 24 STUNDEN?

Die DKV Seguros Gesundheitsberatung betreut Sie bei medizinischen Fragen 365 Tage lang rund um die Uhr.

WIE ERREICHE ICH DIE DKV SEGUROS GESUNDHEITSBERATUNG (LÍNEA MÉDICA)? 24 STUNDEN

Über unser Kunden-Center unter der Telefonnummer (902 499 799).

WAS IST DIE ÄRZTLICHE ZWEITMEINUNG?

Mit diesem Service bekommen Sie Zugang zu den besten Spezialisten der Welt, um Diagnosen oder Behandlungen, die mit einer schweren oder wenig bekannten Krankheit einhergehen, zu bestätigen. Und dies zu Preisen, die weitaus unter den marktüblichen liegen.

WIE BEKOMME ICH ZUGANG ZUR ÄRZTLICHEN ZWEITMEINUNG?

Rufen Sie einfach unser Kunden-Center an (902 499 150).

WAS UMFASST DIE CHIRURGISCHE LASER-KORREKTUR BEI FEHLSICHTIGKEIT?

Dieser Service verschafft Ihnen Zugang zu einem der neuesten chirurgischen Behandlungen im Bereich der visuellen, refraktiven Erkrankungen (Kurz-, Weitsichtigkeit, Astigmatismus). Eingeschlossen sind die Beratung, Vorbehandlung, Eingriff und Nachbehandlung zu einem Preis, der weit unter dem marktüblichen liegt.

WELCHE SCHRITTE SIND NOTWENDIG, UM DIE CHIRURGISCHE LASER-KORREKTUR ZU VERANLASSEN?

Konsultieren Sie die vertragsgebundenen Zentren unseres medizinischen Netzes durch einen Anruf in unserem Kunden-Center (902 499 150).

WELCHE BEHANDLUNGEN UMFASST DIE MEDIZINISCH UNTERSTÜTZTE FORTPFLANZUNG?

Dieser Service beinhaltet die Diagnostik und die Behandlung der Unfruchtbarkeit mittels modernster Fruchtbarkeitstechniken sowie die damit einhergehende Behandlung der gynäkologischen Pathologie.

WAS MUSS ICH TUN, UM DEN SERVICE DER MEDIZINISCH UNTERSTÜTZTEN FORTPFLANZUNG NUTZEN ZU KÖNNEN?

Um diesen Service nutzen zu können, benötigen Sie eine Autorisation, die Sie durch einen Anruf in unserem Kunden-Center erhalten (902 499 150).

WORAUS BESTEHT DER SERVICE ZUR NIKOTINENTWÖHNUNG?

Das Programm "Besser leben ohne Nikotin" hilft Ihnen, durch medizinische und psychotherapeutische Interventionen nach den neuesten Erkenntnissen mit dem Rauchen aufzuhören.

WAS MUSS ICH TUN, UM DEN NIKOTINENTWÖHNUNGS-SERVICE NUTZEN ZU KÖNNEN?

Informieren Sie sich über das Netzwerk bei unserem telefonischen Kunden-Center (902 499 150).

ANREGUNGEN UND REKLAMATIONEN

WIE REICHE ICH EINE ANREGUNG ODER EINE BESCHWERDE BEI DKV SEGUROS EIN?

Anregungen oder Beschwerden können schriftlich an unsere Geschäftsstellen oder an unsere Kundenbetreuung gerichtet werden. Hierzu müssen Sie sich auf dem Postweg an folgende Adresse unserer Hauptverwaltung wenden: Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, 50018 Zaragoza, oder Sie wenden sich an uns unter der Telefon-Nummer 902 499 499, per Fax unter 976 28 91 35 oder per E-Mail an: defensacliente@dkvseguros.es.

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

In jedem Fall ist vorher eine Beschwerde an die Kundenbetreuung Atención al Cliente von DKV Seguros zu richten.

Bitte beachten Sie, dass Reklamationen bei der Beschwerdestelle des Versicherungsaufsichtsamtes in spanischer Sprache eingereicht werden müssen.

Versicherungsvertrag

Allgemeine Versicherungsbedingungen

EINLEITENDE KLAUSEL

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

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

Als Vertragsbestandteile sind der Versicherungsantrag, der Gesundheitsfragebogen, die Allgemeinen, Besonderen und Speziellen Versicherungsbedingungen sowie zusätzliche Bestimmungen und Anhänge zu verstehen. Gesetzesänderungen oder Hinweise auf gesetzliche Vorschriften erfordern keine Bestätigung.

Die Versicherungsnehmer, versicherten und begünstigten Personen, geschädigte Dritte sowie deren Rechtsnachfolger können sich zur Wahrnehmung ihrer Interessen und zur Lösung von mit DKV Seguros entstehenden Konfliktsituationen jederzeit an nachfolgende Stellen wenden:

Die Beschwerden können an die Kundenbetreuung von DKV Seguros gerichtet werden. Hierzu müssen Sie sich auf dem Postweg an folgende Adresse unserer Hauptverwaltung wenden: Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, 50018 Zaragoza, oder Sie wenden sich an uns unter der Telefon-Nummer 902 499 499, per Fax unter 976 28 91 35 oder per E-Mail an atencioncliente@dkvseguros.es.

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

Wird die Beschwerde oder Reklamation nicht innerhalb der angegebenen Frist beantwortet oder ist der Versicherte mit dem Lösungsvorschlag von DKV Seguros nicht einverstanden, kann er dem Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros (Beauftragter des spanischen Aufsichtsamtes für Finanzdienstleistungen) mit Sitz Paseo de la Castellana 44 in 28046 Madrid seine der DKV Seguros zuvor vorgelegte Beschwerde einreichen. Dort wird sodann ein Verwaltungsverfahren eingeleitet.

Unbeschadet des vorhergehenden Reklamationsverfahrens haben die Versicherten die Möglichkeit, eine Klage bei der zuständigen Gerichtsbehörde einzulegen.

1.

GRUNDKONZEPTE. BEGRIFFSDEFINITIONEN

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

B

BEGÜNSTIGTER

Die natürliche oder juristische Person, die durch vorherige Benennung des Versicherten Anspruch auf Entschädigung hat. Bei "Invalidität" gilt die versicherte Person selbst als Begünstigter.

BEITRAG

Das ist der Preis für die Versicherung. Die Beitragsrechnung umfasst neben den Zuschlägen die gesetzlich vorgesehenen Steuern.

C

CHIRURGISCHER EINGRIFF

Diagnostischer oder therapeutischer Eingriff, durchgeführt von einem Chirurgen oder einem chirurgischen Team in einem Operationssaal der jeweiligen, gesetzlich zugelassenen medizinischen Einrichtung.

D

DAUERHAFTE VOLLINVALIDITÄT

Irreversibler, körperlicher Schaden, der durch eine Krankheit oder einen Unfall ohne Einwirkung des Versicherten verursacht worden ist und Grund für die vollständige und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Berufstätigkeit oder Arbeitsbeziehung darstellt.

G

GESUNDHEITSERKLÄRUNG

Fragenformular, welches der Versicherungsantrag beinhaltet, das die zu versichernde Person ausfüllen muss und in dem die notwendigen Daten für die Auswertung des medizinischen Risikos angegeben werden müssen.

Der Versicherungsantrag und der Gesundheitsfragebogen müssen wahrheitsgemäß, vollständig und sorgfältig ausgefüllt und unterschrieben werden, damit DKV Seguros, über die Kenntnis der Vertragsperson hinaus, die Daten bewerten und, vor Vertragsabschluss, das medizinische Risiko herausarbeiten kann.

K

KARENZZEIT

Als Karenzzeit versteht man die Anzahl der Tage eines jeden Schadensfalls, in denen Sie keinen Leistungsanspruch haben.

KRANKENHAUSAUFENTHALT

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

KRANKHEIT

Veränderungen des Gesundheitszustandes, die medizinisch festgestellt und nicht aufgrund eines Unfalls eingetreten sind.

L

LEISTUNGSVERZEICHNIS

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

M

MEDIZINISCHE VERSORGUNG BEI UNFALL

Gesundheitsleistungen, die sowohl auf die Genesung des Versicherten gerichtet, als auch an die quantitativen, qualitativen und temporalen Beschränkungen gebunden sind und aus einen von der Versicherung gedeckten Unfall resultieren.

P

POLICE

Der Versicherungsvertrag.

Schriftliches Dokument, das die Allgemeinen Vertragsbedingungen, die Besonderen Vertragsbedingungen, die Speziellen Vertragsbedingungen sowie zusätzliche Nachträge oder Zusätze zur Vervollständigung oder Modifizierung der Police dokumentiert. Teil des Versicherungsvertrags sind ebenfalls der Antrag und der Gesundheitsfragebogen, nachdem diese akzeptiert wurden.

S

SCHADENSFALL

Vorkommnis von im Vertrag vorhergesehener Tatbestände, deren Konsequenzen durch eine der Versicherungsleistungen abgedeckt sind. Ein Vorfall, der stattfinden kann, bei dem der Versicherte oder Begünstigte eine Entschädigungszahlung erhält.

SCHWANGERSCHAFTSKOMPLIKATIONEN

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

U

UNFALL

Jegliche Art von Körperverletzung, die während der Vertragsdauer durch ein vom Versicherten unbeabsichtigtes, plötzliches, gewaltsames Ereignis hervorgerufen wird.

V

VERSICHERER

Juristische Person, die das vertraglich vereinbarte Risiko trägt: DKV Seguros.

VERSICHERTE

ENTSCHÄDIGUNGSZAHLUNG

Das tägliche Einkommen oder der in den Besonderen Bestimmungen angegebene Betrag.

VERSICHERTE PERSON

Natürliche Person, auf welche die Versicherung abgeschlossen wird und, die, im Schadensfall des Versicherungsnehmers, die, auf dem Vertrag basierenden, Pflichten und Rechte ergreift.

VERSICHERUNGSANTRAG

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

VERSICHERUNGSNEHMER

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

VORERKRANKUNG

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

VORÜBERGEHENDE

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

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

W

WARTEZEIT

Der Zeitraum ab Inkrafttreten der Versicherung, in dem lediglich auf Unfall zurückzuführende Ereignisse und bestimmte, im Versicherungsschutz mit begriffene Leistungen in Anspruch genommen werden können. Andere Erkrankungen oder Verletzungen, die nicht darauf zurückzuführen sind, sind erst ab dem in den Speziellen Bedingungen vereinbarten Datum abgedeckt.

Die Wartezeit entfällt im Falle eines Unfalls.

2.

GEGENSTAND DER VERSICHERUNG UND GELTUNGSBEREICH

Diese Versicherung garantiert gemäß den in der Police versicherten Risiken die Zahlung eines Tagegeldes oder eine Dienstleistung.

Der im Vertrag festgelegte Versicherungsschutz gilt weltweit für alle sich ereignenden Schadensfälle der versicherten Person mit Erstwohnsitz in Spanien. Der Versicherungsschutz für "Tagegeld bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit" und die "Medizinische Versorgung bei Unfall" gilt nur, solange sich die versicherte Person in Spanien aufhält. Für die Deckung "Tagegeld mit Pauschalleistung" ist die Bestätigung eines in Spanien tätigen Arztes erforderlich. Der Versicherungsschutz für "Chirurgischer Eingriff" und "Krankenhausaufenthalt" erstreckt sich auf alle Länder der Europäischen Union, die Vereinigten Staaten von Amerika und Kanada.

3.

ZUSTANDEKOMMEN UND AUSWIRKUNGEN DES VERTRAGES

Der Vertrag wird anerkannt durch die Zustimmung, erklärt durch die Unterzeichnung der Police, der beiden Vertragsparteien.

Die Vertragslaufzeit und ihre Modifikationen oder Zusätze treten zu dem Datum, welches in den Besonderen Versicherungsbedingungen indiziert ist, in Kraft, mit Ausnahme bei Nichtzahlung des Beitrags, in dessen Fall die Pflichten der DKV Seguros von dem Tag an gelten, an dem der Beitrag geleistet worden ist.

Die Modifikationen oder Zusätze in dem Versicherungsvertrag, können sowohl von dem Versicherungsnehmer, als auch von der DKV Seguros vorgeschlagen werden. Für ihre Gültigkeit wird die Einwilligung beider Vertragspartner benötigt.

4.

IM LEISTUNGSUMFANG EINGESCHLOSSENE RISIKEN

Die von der Police abgedeckten Risiken sind folgende:

4.1 VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Bei Abschluss der Versicherungsleistung für "Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit" müssen die von den sechs Möglichkeiten ausgewählten und abgeschlossenen Versicherungsleistungen ausdrücklich in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sein.

GARANTIE I. VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT TAGEGELDLEISTUNG. ERSTER LEISTUNGSZEITRAUM

Für eine Dauer von 30 Tagen zahlt DKV Seguros der versicherten Person das in den Besonderen Versicherungsbedingungen der Police vereinbarte Krankentagegeld, wenn sie vorübergehend arbeitsunfähig ist.

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

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

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

GARANTIE II. VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT TAGEGELDLEISTUNG. ZWEITER LEISTUNGSZEITRAUM

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

GARANTIE III. VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT TAGEGELDLEISTUNG. DRITTER LEISTUNGSZEITRAUM

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

GARANTIE IV. VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT TAGEGELDLEISTUNG. VIERTER LEISTUNGSZEITRAUM

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

GARANTIE V. VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT TAGEGELDLEISTUNG. FÜNFTER LEISTUNGSZEITRAUM

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

Versicherungsfähiger Personenkreis für die Deckung "Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit" Tagegeldleistung

Versicherungsfähig sind alle Personen bei Abschluss des Vertrages im Alter zwischen 16 und 65 Jahren, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder eine bezahlte berufliche Tätigkeit ausüben und sich nicht in juristischer oder materieller Hinsicht in einer Situation von Arbeitslosigkeit o.ä. befinden.

Richtlinien für die Auslegung "Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit" Tagegeldleistung: Deckungsabgrenzung

- a) Die versicherte Person hat Anspruch auf Tagegeld für jeden Tag ihrer vollständigen vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit. Außerdem ist sie verpflichtet, sich in eine ihrer Erkrankung entsprechende ärztliche Behandlung zu begeben.
- b) Der Tag der Gesundheitsmeldung wird als Arbeitstag gerechnet, mit der Konsequenz, dass keine Tagegeldleistung mehr erbracht wird.

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

Es handelt sich hierbei um folgende spezielle diagnostische Proben:

- > Ultraschallaufnahmen der Muskeln und Gelenke bei Unfall
- > Elektrogramm
- > einfache Röntgenaufnahme
- > Scanner/Computertomografie
- > Kernspinresonanz

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

Wenn die versicherte Person sich weigert, die festgelegte Probe gemäß Ziffer c) durchführen zu lassen, stellt DKV Seguros nach Ablauf von 30 Tagen die Leistung ein. Dieser Krankheitszeitraum kann nur an den vorherigen anknüpfen, wenn die vorliegenden medizinischen Berichte vor der diagnostischen Probe die Arbeitsunfähigkeit belegen.

d) Folglich verliert die versicherte Person ihren Leistungsanspruch wenn:

- > die versicherte Person in der Lage ist, ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen oder sie tatsächlich wieder aufnimmt. Dies gilt auch, wenn sie ihre Tätigkeit nur teilweise ausüben kann, obwohl sie noch nicht völlig geheilt ist. (In diesem Fall liegt keine vollständige Arbeitsunfähigkeit mehr vor).
- > die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit in eine Invalidität oder eine dauernde Berufsunfähigkeit für den ausgeübten Beruf übergeht oder die versicherte Person Rente wegen Berufsunfähigkeit bezieht oder einen Antrag hierauf stellt oder ein entsprechendes Tagegeld erhält oder ihre gesundheitliche Situation nach objektiven medizinischen Kriterien und unabhängiger administrativer Entscheidung nicht mehr änderbar ist (in diesem Fall liegt keine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mehr vor).
- > die in Ziffer c) genannten Umstände eintreten.
- > die versicherte Person Altersruhegeld bezieht oder arbeitslos wird oder eine dementsprechende ähnliche Situation eintritt (in diesem Fall entfällt die Versicherungsfähigkeit).

> wenn sich die versicherte Person während ihrer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit länger als 72 Stunden außerhalb ihrer Wohnung aufhält, ohne dies DKV Seguros vorher mitgeteilt zu haben und deren Zustimmung dazu erhalten zu haben (DKV Seguros kann in diesem Fall die Leistungspflicht nicht prüfen).

e) Wird die versicherte Person aufgrund derselben Ursache oder aufgrund von mit der zuvor aufgetretenen Erkrankung direkt in Zusammenhang stehenden Folgen erneut vorübergehend arbeitsunfähig, wird der Leistungszeitraum dort fortgesetzt, wo er zuvor beendet wurde. Die Summe aller Leistungszeiträume kann die in den Besonderen Versicherungsbedingungen Höchstleistungszeiträume pro Versicherungsfall in keinem Fall überschreiten. Die Zahlung des Krankentagegeldes wird entsprechend der Höchstleistungszeiträume begrenzt.

DKV Seguros wendet die zuvor genannte Klausel nicht an, wenn zwischen der Gesundmeldung und der erneuten Krankmeldung mehr als sechs Monate liegen, in denen die versicherte Person ihren Beruf hätte ausüben können oder ihn tatsächlich ausgeübt hat.

f) Liegen mehrere Erkrankungen zur gleichen Zeit vor oder tritt während der bereits festgestellten Arbeitsunfähigkeit eine weitere auf, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt. Der neue Leistungszeitraum beginnt mit Datum der zuletzt aufgetretenen Erkrankung. Die versicherte Person hat erst Leistungsanspruch für die zuletzt aufgetretene Erkrankung, sobald keine Krankmeldung mehr für die zuerst aufgetretene vorliegt.

g) Bei Schadensfällen, für die sowohl die Garantien bei "Vorübergehender Arbeitsunfähigkeit" als auch bei "Vorübergehender Arbeitsunfähigkeit Pauschalleistung" greifen, wird die Tagegeldleistung bei "Vorübergehender Arbeitsunfähigkeit" nicht auf die Leistung bei "Vorübergehender Arbeitsunfähigkeit Pauschalleistung" akkumuliert, sollten sich Zeiträume überschneiden. Die Leistung bei "Vorübergehender Arbeitsunfähigkeit" wird erbracht, sobald der versicherte Zeitraum bei "Vorübergehender Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung" beendet ist.

Regeln für die Abwicklung eines Versicherungsfalles - Vorgehen und Lösung von Unstimmigkeiten

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

Die "Krankmeldung" kann DKV Seguros auch durch den den Patienten behandelnden Arzt schriftlich mitgeteilt werden. Daraus hervorgehen müssen die persönlichen Daten des Arztes sowie der vollständige Namen, das Alter, der Beruf oder die berufliche Tätigkeit und die Adresse der versicherten Person, die Erkrankung, ihre Ursachen, eventuelle Vorerkrankungen, das ungefähre Datum, an dem die Erkrankung zum ersten Mal aufgetreten ist, das Datum, seit wann die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person vorliegt und die Prognose über die Dauer der Erkrankung.

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

b) Das entsprechende Krankentagegeld kann ab dem ersten Tag der Krankmeldung bezogen werden, vorausgesetzt, dass alle Angaben in dem zuvor erwähnten Formular nachweislich und wahrheitsgetreu angegeben sind, und das Formular innerhalb von sieben Tagen nach Eintritt des Versicherungsfalles bei DKV Seguros eingeht. Erfolgt der Eingang der Unterlagen nach Ablauf dieser Frist bei DKV Seguros, so wird das Krankentagegeld ab dem Tag des Eingangs gezahlt.

c) Für die Inanspruchnahme des Krankentagegeldes nach einer Geburt sind die entsprechenden Geburtsurkunden bei DKV Seguros einzureichen. Im Fall der Adoption werden die Adoptionsunterlagen und die Registrierung beim Standesamt oder der Eintrag in das Familienstammbuch gefordert.

d) Die Vorauszahlung des Entschädigungsbetrages ist abhängig von dem Grund der Arbeitsunfähigkeit und DKV Seguros bleibt es vorbehalten, der versicherten Person die ihr notwendig erscheinenden Besuche abzustatten, um sich ein Bild über den Verlauf und die Pathologie ihrer Erkrankung zu machen. Die versicherte Person verpflichtet sich, alle entsprechenden medizinischen Berichte, die im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit stehen, dem medizinischen Dienst von DKV Seguros zur Verfügung zu stellen. Sollte die versicherte Person diese Besuche verweigern oder ablehnen, so wird DKV Seguros von der Leistungspflicht befreit.

e) Stellt DKV Seguros in Übereinstimmung mit den ärztlichen Berichten eine vorgetäuschte Verlängerung der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit fest oder verweigert die versicherte Person die teilweise oder vollständige Wiederaufnahme ihrer beruflichen Tätigkeit aus nicht gerechtfertigten Gründen, oder wird festgestellt, dass die versicherte Person an einer anderen als der ursächlichen Erkrankung leidet, ist DKV Seguros von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt.

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

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

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

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

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

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

VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT MIT PAUSCHALLEISTUNG

GARANTIE VI. VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT MIT PAUSCHALLEISTUNG

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

DKV Seguros garantiert der versicherten Person die in den Besonderen Versicherungsbedingungen garantierte Tagegeldleistung als Einmalzahlung. Diese ergibt sich aus der Multiplikation des in den Besonderen Versicherungsbedingungen vereinbarten Tagessatzes mit der Anzahl von Tagen, die im “Leistungsverzeichnis für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung” angegeben ist. Dies gilt immer in Abhängigkeit der durch die versicherte Person erlittenen Erkrankung oder Verletzung, die die vollständige und vorübergehende Arbeitsunfähigkeit verursacht, entsprechend der Regelung in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Versicherungsfähiger Personenkreis für die Deckung “Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit” mit Pauschalleistung

Versicherungsfähig sind alle Personen bei Abschluss des Vertrages im Alter zwischen 16 und 65 Jahren, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder eine bezahlte berufliche Tätigkeit ausüben und sich nicht in juristischer oder materieller Hinsicht in einer Situation von Arbeitslosigkeit o.ä. befinden.

Richtlinien für die Auslegung “Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung”: Deckungsabgrenzung

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

- b)** Wenn die versicherte Person gleichzeitig verschiedene Gebrechen erleidet oder eine neue Erkrankung während der bereits bestehenden auftritt, beträgt die Tagegeldleistung lediglich maximal 130% der Höchstanzahl der Tage in der Leistungstabelle.
- c)** Auf keinen Fall beträgt die jährliche Leistungsdauer mehr als 365 Tage.
- d)** Für gleichartige Erkrankungen oder Verletzungen mit derselben Ursache und die im Leistungsverzeichnis mit weniger als 15 Tagen angegeben sind, wird während eines Zeitraumes von 365 Tagen insgesamt lediglich drei Mal geleistet.
- e)** Für den Fall, dass die versicherte Person aufgrund derselben Ursache oder aufgrund von mit der zuvor aufgetretenen Erkrankung direkt in Zusammenhang stehenden Folgen erneut vorübergehend arbeitsunfähig wird, wird lediglich die Entschädigungsleistung des zweiten oder Folgezeitraumes fällig, wenn zwischen dem Datum der Arbeitsunfähigkeit des ersten und des folgenden Zeitraums mindestens die doppelte Anzahl von Tagen der für den vorangegangenen Leistungszeitraum gezahlten Tage vergangen sind, mindestens jedoch 90 Tage.

f) Bei Schadensfällen, für die sowohl die Garantien bei "Vorübergehender Arbeitsunfähigkeit" als auch bei "Vorübergehender Arbeitsunfähigkeit Pauschalleistung" greifen, wird die Tagegeldleistung bei "Vorübergehender Arbeitsunfähigkeit" nicht auf die Leistung bei "Vorübergehender Arbeitsunfähigkeit Pauschalleistung" akkumuliert, sollten sich Zeiträume überschneiden. Die Leistung bei "Vorübergehender Arbeitsunfähigkeit" wird erbracht, sobald der versicherte Zeitraum bei "Vorübergehender Arbeitsunfähigkeit Pauschalleistung" beendet ist.

Regeln für die Abwicklung eines Versicherungsfalles - Vorgehen und Lösung von Unstimmigkeiten

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

Die "Krankmeldung" kann DKV Seguros auch durch den den Patienten behandelnden Arzt schriftlich mitgeteilt werden. Daraus hervorgehen müssen die persönlichen Daten des Arztes sowie der vollständige Namen, das Alter, der Beruf oder die berufliche Tätigkeit und die Adresse der versicherten Person, die Erkrankung, ihre Ursachen, eventuelle Vorerkrankungen, das ungefähre Datum, an dem die Erkrankung zum ersten Mal aufgetreten ist, das Datum, seit wann die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person vorliegt und die Prognose über die Dauer der Erkrankung.

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

b) Das entsprechende Krankentagegeld kann ab dem ersten Tag der Krankmeldung bezogen werden, vorausgesetzt, dass alle Angaben in dem zuvor erwähnten Formular wahrheitsgetreu und innerhalb von sieben Tagen nach Eintritt des Versicherungsfalles bei DKV Seguros eingehen. Erfolgt der Eingang der Unterlagen nach Ablauf dieser Frist bei DKV Seguros, so wird das Krankentagegeld entsprechend der sieben Tage reduziert.

c) Die Vorauszahlung des Entschädigungsbetrages ist abhängig von dem Grund der Arbeitsunfähigkeit und DKV Seguros bleibt es vorbehalten, der versicherten Person die ihr notwendig erscheinenden Besuche abzustatten, um sich ein Bild über den Verlauf und die Pathologie ihrer Erkrankung zu machen. Die versicherte Person verpflichtet sich, alle entsprechenden medizinischen Berichte, die im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit stehen, dem medizinischen Dienst von DKV Seguros zur Verfügung zu stellen. Sollte die versicherte Person diese Besuche verweigern oder ablehnen, so wird DKV Seguros von der Leistungspflicht befreit.

d) Stellt DKV Seguros in Übereinstimmung mit den ärztlichen Berichten fest, dass die versicherte Person an einer anderen als der ursächlichen Erkrankung leidet, ist DKV Seguros von der Verpflichtung zur Leistung befreit. Dies wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt.

Erklärt sich der Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder der Begünstigte mit dieser Entscheidung nicht einverstanden, muss dies DKV Seguros spätestens innerhalb der nächsten sieben Tage schriftlich unter Angabe der Gründe mitgeteilt werden. In diesem Fall versuchen der Arzt der versicherten Person und DKV Seguros die Unstimmigkeit sofort aufzulösen. Sollte es zu keiner Übereinkunft kommen, benennen die Parteien einen Dritten und ersatzweise tritt ein Gericht in Erster Instanz ein.

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

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

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

LEISTUNGSVERZEICHNIS FÜR VORÜBERGEHENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT MIT PAUSCHALLEISTUNG

CODE	HAUPTGRUPPE	TAGE
Herz-Kreislaufkrankungen		
436000	Zerebrovaskuläre Vorfälle (Thrombose, Embolie, Infarkt usw.) (ZVV)	60
435000	Transitorische ischämische Attacke (ITA)	20
441000	Aneurysma der Aorta, Chirurgische Behandlung	40
414001	Koronares Aneurysma. Koronare Arteriosklerose	30
413000	Angina pectoris, Angor pectoris, Anginalsyndrom	20
427000	Herzrhythmusstörungen, Blockade, paroxystische Tachykardie	20
444000	Embolie oder arterielle Thrombose	60
415000	Lungenembolie, akutes Lungenherz	50
416000	Chronische Herz-Lungen-Krankheit	30
403000	Nierenhochdruck	30
398001	Rheumatische Herzkrankheiten (Herzklappenleiden, Endokarditis...)	50
289001	Blutkrankheiten (Hämophilie, Anämien, CID, Purpurausschlag...) oder Milzkrankheiten (Zyste, Fibrose...)	14
390000	Rheumatisches Fieber. Rheumatoide Arthritis	20
451000	Phlebitis und Thrombophlebitis	20
436001	Hemiplegie, Querschnittslähmung oder Tetraplegie durch Schlaganfall	60
432000	Extradurale oder subdurale Hämorrhagie (nicht traumatisch)	10
431000	Intrazerebrale Hämorrhagie (nicht traumatisch)	60
455002	Hämorrhoiden. Ohne chirurgische Behandlung	2
455001	Hämorrhoiden. Mit chirurgischer Behandlung	15
401000	Primärer oder essenzieller arterieller Bluthochdruck	5
410000	Akuter Herzinfarkt. Akute Koronarinsuffizienz	100
428000	Kongestive Herzinsuffizienz; akutes Lungenödem; Herzasthma	40
457000	Lymphangitis, Lymphödem	10
425000	Myokardiopathie, Endokarditis, nicht rheumatisches Herzklappenleiden...	50
420000	Akute Perikarditis, Perikarderguss	30
785001	Isoliertes kardiovaskuläres Symptom (Herzklopfen, Tachykardie, pathologisches Herzgeräusch...)	3
452000	Pfortader-Thrombose	30
454000	Krampfaderen oder Krampfvenen in den Beinen. Chirurgische Behandlung	15
456000	Krampfaderbruch; ösophageale Varizen. Chirurgische Behandlung	20
Dermatologie		
683001	Lymphatischer Abszess, nicht spezifizierte Adenopathie, Adenitis	15
681000	Abszesse der Finger, Nagelgeschwür, Nagelbettentzündung	20

CODE	HAUPTGRUPPE	TAGE
112000	Soor	3
682000	Zellulitis oder Abszess auf der Haut (nicht an den Fingern)	20
703000	Krankheiten der Nägel	7
680000	Furunkel	3
110001	Kutane Mykosen, Grindflechte	7
782001	Subkutane Knoten, lokal begrenztes Ödem	3
110002	Athletenfuß, Onychomykose...	7
696000	Psoriasis (Schuppenflechte) und ähnliche Hauterkrankungen	20
701001	Hornhautentzündung und Hyperkeratitis, hypertrophe Narben, Sklerodermie...	15
706000	Talgzyste, Akne	7
685000	Sinus pilonidalis (Steißbeinfistel, Pilonidalzyste)	20
708000	Nesselausschlag	7
78001	Virenwarzen. Chirurgische Behandlung	3
Verdauungstrakt		
566000	Abszess in Anal- und Rektalbereich	20
572000	Hepatitischer Abszess, nicht amöbisch. Hepatitisches Koma	30
530000	Achalasie, Ösophagitis, Oesophagus-Ulcus...	20
540000	Akute Blinddarmentzündung. Chirurgische Behandlung	15
571000	Zirrhose, chronische Hepatitis	30
576000	Cholangitis	7
575000	Cholezystitis	20
789001	Abdominalkolik	3
574000	Hepatobiliäre Kolik. Gallensteine (Cholelithiasis)	10
556000	Idiopathische Colitis. Toxisches Megakolon	15
564000	Reizdarm, Megakolon (nicht toxisch)	20
562000	Darmdivertikel (nicht Meckel). Chirurgische Behandlung	20
527000	Erkrankungen der Speicheldrüsen	20
526000	Erkrankungen der Kiefer	20
555000	Regionale Enteritis (Morbus Crohn). Entzündung der Dickdarmschleimhaut (Colitis ulcerosa)	40
537000	Pylorusstenose	25
528000	Stomatitis, Mund-Zyste, Mund-Abszess	10
565000	Analfissur oder -fistel. Chirurgische Behandlung	20
535000	Akute Gastritis	4
003000	Gastroenteritis (durch Salmonellen)	4
558000	Nicht infektiöse Gastroenteritis, nicht infektiöse Colitis	2
578000	Gastrointestinale Hämorrhagie (ohne gastrointestinalen Ulcus)	10
070002	Hepatitis B,C,D	70

CODE	HAUPTGRUPPE	TAGE
573000	Nicht spezifizierte Hepatitis	25
070001	Hepatitis A (durch Viren ausgelöst)	30
553001	Bauchwandbruch (kein Leistenbruch), nicht brandig, ohne Obstruktion. Chirurgische Behandlung	30
550000	Leistenbruch. Chirurgische Behandlung	20
572001	Portale Hypertonie. Venenentzündung der Pfortader	30
009000	Schlecht abgegrenzte Darminfektion	3
560000	Obstruktion oder Darmeinspülung, Darmverschluss (Ileus)	20
577001	Akute Pankreatitis	30
525001	Dentoalpanthologie, Gingivitis, Abszess, Zyste, Fehlbiss (Okklusionsanomalie)...	3
567000	Peritonitis	30
569001	Polypen des Afters und Enddarms. Endoskopische Resektion.	2
569000	Rektalprolaps, Anal- und Rektumpolypen. Nichtambulante Chirurgie.	20
122000	Hydatid-Zyste, Echinokokkose, Hydatidose	20
787000	Isoliertes Verdauungssymptom (Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen...)	3
123000	Peitschwürmerbefall, Zystizerkose	20
124000	Trichinosis	20
533001	Gastritischer, duodenaler, jejunaler Ulcus...	25
Schwangerschaft und Geburt		
656000	Intrauteriner Tod (ab 7. Schwangerschaftsmonat)	20
650000	Geburt zu normalen Bedingungen	20
669000	Kaiserschnitt, Zangen- oder Sauggeburt	20
665001	Geburt mit Komplikationen (Nabelschnur, Darmriss, Infektion...)	20
Endokrinologie		
2240001	Struma (Kropf), Schilddrüsenknoten, Schilddrüsenunterfunktion, Schilddrüsenüberfunktion, Morbus Graves - Basedow	30
251001	Hypoglykämisches Koma, Insulinschock	21
250001	Komplizierte Diabetes Mellitus (Koma, Zuckerstar, Nephropathie, diabetische Retinopathie, Neuropathie...)	21
256000	Fehlfunktion der Eierstöcke	3
277001	Erkrankungen mit Ursprung in der Ernährung	10
254000	Erkrankungen der Thymusdrüse (Hyperplasie, Hypertrophie, Abszess...)	21
274000	Gicht (Gelenkerkrankung, Nephropathie, Gichtknoten...)	7
246000	Andere Schilddrüsenstörungen (Zyste, Hämorrhagie, Thyreocalcitonin...)	21
256001	Polyzysten am Eierstock. Chirurgische Behandlung	15
246001	Thyreidektomie	30
245000	Thyreoiditis	21
255000	Erkrankungen der Nebennieren (Morbus Conn, Cushing, Addison...)	21

CODE	HAUPTGRUPPE	TAGE
253000	Erkrankungen der Hypophyse, Akromegalie, Zwergwuchs, Wasserharnruhr (Diabetes insipidus), Panhypopituitarismus (Simmonds Syndrom)	21
252000	Erkrankungen der Nebenschilddrüsen, Unterfunktion der Nebenschilddrüsen, Überfunktion der Nebenschilddrüsen	14
Gynäkologie		
614001	Adnexitis, Salpingitis, Oophoritis, Parametritis (nicht während der Schwangerschaft)	15
616000	Zervizitis, Vaginitis, Vulvovaginitis, Bartholinitis...	10
625000	Gestörte bzw. schmerzhafte Monatsblutung, PMS	3
610000	Gutartige Dysplasie der Brust, einzelne (solitäre) Zyste in der Brust	7
622000	Dysplasie, Leukoplasie oder Polypen im Gebärmutterhals	10
623000	Dysplasie, Leukoplasie oder Polypen in der Vagina	7
617000	Endometriose	5
615000	Beckenentzündungen, Endometritis... (nicht während der Schwangerschaft)	15
611000	Mastitis oder diffuse Mastopathie mit Entzündung (nicht während der Schwangerschaft)	7
626000	Metrorrhagien (Zusatzblutungen)	10
621000	Nicht spezifizierte Polypen in der Gebärmutter	20
618000	Genitalprolaps (nicht während der Schwangerschaft)	15
620000	Eierstockzyste Chirurgische oder laparoskopische Behandlung	3
Infektiös		
006000	Amöbiasis, Amöbenruhr...	7
005000	Botulismus	40
023000	Brucellose, Malta-Fieber	40
078002	Feigwarze	7
032000	Diphtherie	20
001001	Tropische Infektionskrankheiten	40
035000	Wundrose	7
057000	Infektiöses Erythem (5.Krankheit). Roseole (6.Krankheit)	20
034000	Scharlach, Angina, Mandelentzündung, Kehlkopfentzündung und Tracheitis durch Streptokokken	7
083000	Q-Fieber, Rickettsiosen	21
087000	Anhaltendes Fieber (kein Symptom)	7
002000	Typhoides oder paratyphoides Fieber	40
040001	Gasgangrän, Lipodystrophie im Darm	50
054000	Herpes Simple, Genitalherpes, Herpesekzem	7
053001	Herpes Zoster oder Bereich mit neurologischem Befund	7
036000	Meningokokkeninfektion (Karditis, Meningitis...)	20
075000	Pfeiffersches Drüsenfieber (infektiöse Mononukleose)	14

CODE	HAUPTGRUPPE	TAGE
072000	Parotitis, Mumps	4
056000	Röteln	20
055000	Masern	20
038001	Blutvergiftung mit Krankenhausaufenthalt	40
037000	Tetanus	90
033000	Krampfhusten	14
130000	Erworbene Toxoplasmose	20
018000	Miliar-Tuberkolose der Haut oder generelle Tbc	100
052000	Windpocken	7
Neurologie		
324000	Intrakranieller Abszess, intraspinaler Abszess, subduraler Abszess, extraduraler Abszess...	90
359000	Dystrophie (Muskelschwund) und andere Muskelerkrankungen	20
049000	Virale Enzephalitis	30
323000	Enzephalitis, Myelitis, Poliomyelitis...	90
341001	Demyelinisierende Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Multiple Sklerose, Syringomyelie	30
345000	Epilepsie (alle Ausprägungen)	30
325000	Phlebitis und intrakranielle Thrombophlebitis	14
046000	ZNS-Infektion durch Rötelvirus	30
346000	Migräne/Hemikranie	3
354000	Verletzung des Mediannervs, Cubitalnerv oder Radialnervs, Karpal-Tunnel-Syndrom	30
320000	Bakterielle Meningitis; bakterielle Meningoenzephalitis	50
321000	Viruelle dermykotische Meningitis	30
047000	Viruelle Meningitis ohne Spezifikation	30
358001	Polyneuropathie, Myasthenie (schwere Muskelschwäche), Guillain-Barré-Syndrom	30
350000	Trigeminusneuralgie	20
351000	Gesichtslähmung	20
334001	Parkinson, Huntington'sche Chorea, Ataxie	90
781000	Isoliertes neurologisches oder muskuläres Symptom (Spasmen, Zittern, Ataxie, vorübergehende Lähmung...)	5
353000	Wurzelstörungen und nervöser Plexus	20
013000	Tuberkulose des Nervensystems und tuberkulöse Meningitis	100
Augenheilkunde		
363000	Veränderungen der Choroides, Chorioretinitis	20
366000	Chirurgische Behandlung von grauem Star	10
367001	Chirurgische Behandlung von Kurz- und Weitsichtigkeit und Alterssichtigkeit	3

CODE	HAUPTGRUPPE	TAGE
372000	Bindehautentzündung	3
361000	Netzhautablösung	60
365000	Glaukom (nicht genetisch)	40
364000	Iritis, Zyklitis, Iridozyklitis, Uveitis anterior...	30
374001	Erkrankungen der Augenlider; Augenlidentzündung, Chalazion (Hagelkorn), Hordeolum (Gerstenkorn)	2
375000	Pathologien des Tränenapparats: Tränendrüsenentzündung (Dakryoadenitis), Epiphora, Dakryozystitis...	2
369001	Totalverlust der Sicht auf einem Auge	60
372001	Flügelfell (Pterygium)	3
370000	Hornhautentzündung (Keratitis), Keratokonjunktivitis, Hornhautgeschwür (Ulcus corneae) ...	4
362000	Retinopathie (diabetisch, wuchernd,...)	21
Onkologie		
199001	Genereller oder peritonealer Krebs oder Karzinomatose	120
233001	Karzinom-in-situ in Geschlechts- oder Harnorganen	15
231000	Karzinom-in-situ in Atmungsorganen	60
233000	Karzinom-in-situ der Brust (kein Hautkrebs)	150
232000	Karzinom-in-situ in der Haut	30
230000	Karzinom-in-situ in Verdauungsorganen	150
234000	Karzinom-in-situ an anderen Stellen	15
153002	Meckel-Divertel	150
201000	Hodgkinsche Krankheit. Hodgkinsches Lymphom	150
194001	Phäochromozytom	60
228000	Hämangiom, Lymphangiom, Angiom, Glomustumor an jeder Stelle	7
218000	Leiomyom, Fibrom, Myom oder Fibromyom der Gebärmutter	30
208000	Leukämie	150
202000	Lymphom (nicht Hodgkinsches)	150
200000	Lymphosarkom und Retikulosarkom	90
214000	Lipom, Angiolipom, Fibrolipom, Myxolipom	7
172000	Hautmelanom, Melanokarzinom	80
203000	Multiples Myelom und immunoproliferative Neoplasie	120
170000	Knochensarkom, Chondrosarkom, Ewing-Sarkom	90
238001	Polycythaemia vera, myeloproliferative Syndrome	21
212001	Polypen an den Stimmbändern	15
176000	Kaposi-Sarkom	120
171000	Sarkomatose, Fibrosarkom, nicht spezifiziertes Sarkom	60
157001	Zollinger-Ellison-Syndrom	30
225000	Gutartiger Tumor im Gehirn und in anderen Teilen des Nervensystems	120

CODE	HAUPTGRUPPE	TAGE
211001	Gutartiger Tumor in Speiseröhre, Magen oder Darm	15
211002	Gutartiger Tumor in Leber, Pankreas oder Milz	15
213000	Gutartiger Tumor in Knochen oder Gelenkknorpeln	15
216000	Gutartiger Tumor in der Haut, blauer Naevus, pigmentierter Naevus	7
210000	Gutartiger Tumor an Lippen, Mund oder Rachen. Chirurgische Behandlung	15
217000	Gutartiger Tumor in der Brust (keine Zyste, kein Hautkrebs)	15
222000	Gutartiger Tumor in männlichen Geschlechtsorganen	15
212000	Gutartiger Tumor in Atmungsorganen oder Thoraxorganen	15
227000	Gutartiger Tumor in anderen endokrinen Drüsen, (Nebennieren, Nebenschilddrüse, Hypophyse...)	30
229000	Gutartiger Tumor an anderer Stelle, nicht spezifizierten Stelle oder in den Lymphknoten	30
220000	Gutartiger Tumor im Eierstock	15
223000	Gutartiger Tumor in der Niere und anderen Harnorganen	15
226000	Gutartiger Tumor in Schilddrüse. Schilddrüsenadenom	30
191000	Maligner Gehirntumor	150
159000	Maligner Tumor im Verdauungstrakt/Bauchfell ohne spezifischen Ort	150
151000	Maligner Tumor im Magen	150
160000	Maligner Tumor in Nasenhöhlen, Mittelohr und Sinus	150
155000	Maligner Tumor in Leber, Hepatoblastom, Leberzellenkarzinom	150
153001	Maligner Tumor des Dünndarms oder Colons	150
174000	Maligner Tumor in der weiblichen Brust	120
188000	Maligner Tumor in Harnblase	120
149001	Maligner Tumor in Lippe, Mundhöhle, Rachen oder Speiseröhre	100
161000	Maligner Tumor in Kehlkopf oder an den Stimmbändern	180
184001	Maligner Tumor in weiblichen Geschlechtsorganen	120
195000	Maligner Tumor an anderen Stellen oder nicht spezifizierten Stellen	60
157000	Maligner Tumor in Pankreas, Gastrinom	180
185000	Maligner Tumor in Prostata	120
154000	Maligner Tumor an Rektum, rektosigmoidalem Übergang oder Anus	150
189000	Maligner Tumor in Niere	120
186000	Maligner Tumor in Hoden	120
193000	Maligner Tumor in Schilddrüse	60
162001	Maligner Tumor von Bronchen, Trachea, Lunge oder Rippenfell	120
156000	Maligner Tumor der Gallenwege und extrahepatischen Gallengänge	150
Knochen-Muskel-System		
713001	Arthritis oder Gelenkerkrankung (infektiös...)	20

CODE	HAUPTGRUPPE	TAGE
716000	Traumatische Gelenkerkrankung	20
714000	Rheumatoide Arthritis (außer Wirbelsäule), entzündliche Polyarthrit	30
727000	Bursitis, Synovialzyste, Überbein	30
723001	Nicht traumatische Zervikalgie, ohne objektive klinische Tests	10
723002	Nicht traumatische Zervikalgie, mit objektiven klinischen Tests	20
717000	Kniechirurgie (Meniskus, Bänder, freie Gelenkkörper, Chondropathia patellae)	30
718001	Gelenkchirurgie außer Knie: Wiederkehrende Luxation, Gelenksteifheit	30
727001	Chirurgie der erworbenen Missbildungen (Schnappdaumen, Hammerfinger, Hallux valgus...)	30
731000	Morbus Paget (Osteodystrophia deformans)	30
726003	Epicondylitis	30
726001	Sporn an Fersenbein oder Knochen	30
720000	Spondylitis ankylosans, rheumatoide Arthritis der Wirbel	60
721000	Spondylose, Arthrose der Wirbel, Gelenksteifheit, Hyperosthose der Wirbel	60
728001	Fersenschmerz (Plantar Fasziitis), Morbus Dupuytren	10
722005	Bandscheibenvorfall. Behandlung. mit Arthrodese	100
722004	Bandscheibenvorfall. Behandlung. mit Laminektomie	60
722003	Bandscheibenvorfall. Behandlung. mit Chemonukleose oder perkutaner Nukleotomie	40
722001	Bandscheibenvorfall. Ärztliche. Behandlung	10
722002	Bandscheibenvorfall. Orthopädische Behandlung	20
719000	Hydrarthrose (Gelenkerguss)	30
724001	Lumbago (Hexenschuss) oder Ischialgie nicht traumatischen Ursprungs, ohne objektive klinische Tests	10
724002	Lumbago (Hexenschuss) oder Ischialgie nicht traumatischen Ursprungs, mit objektiven klinischen Tests	20
710000	Disseminierter Lupus erythematodes, idiopathische Polymyositis	20
728000	Myositis, Pannikulitis	20
715000	Bilaterale Osteoarthrose (nicht vertebral)	30
732000	Osteochondropathie, Osteochondrosis, Osteochondritis	60
730000	Osteomyelitis, Periostitis	60
733000	Osteoporose, Knochenzyste	40
726002	Periarthritis humeroscapularis	30
725000	Rheumatische Polymyalgie	60
726000	Periphere Tendinitis	10
Ohrenheilkunde		
385001	Chirurgie von Mittel- und Innenohr	30
383000	Mastoiditis und verbundene Erkrankungen	20

CODE	HAUPTGRUPPE	TAGE
382001	Akute oder chronische Otitis	4
384000	Trommelfellperforation, Tympanitis	14
780001	Schwindelanfälle (nur Symptom), ohne Spezifikation (nicht Meniere)	4
386000	Morbus Menière, Schwindelsyndrom Ohrvorhof	21
Psychiatrie		
307001	Anorexie oder Stress, wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird	10
298001	Demenz, Psychose oder Schizophrenie, wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird	10
311001	Depression oder psychosomatische Krankheit, wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird	10
300001	Neurose, Stress oder Angstzustände, wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird	10
Atemwege		
475000	Mandelabszess	20
513000	Lungen- oder Mittelfellabszess	30
784001	Aphonie ohne spezifischen Grund	5
495000	Allergische exogene Alveolitis (Lungenbläschenentzündung)	30
463000	Mandelentzündung	2
493001	Asthma, Asthmaanfall	5
485000	Bronchopneumonie	15
466000	Bronchitis, Bronchiolitis oder akute Tracheobronchitis	7
496001	Komplikationen der chronisch obstruktiven Lungenkrankheit (COPD)	40
478001	Erkrankungen der Stimmbänder, nicht-adenomatöse Polypen	10
518000	Emphysem	40
462000	Pharyngitis, Angina, Chirurgie der adenoiden Vegetation	2
487000	Grippe und ihre Komplikationen	3
478000	Hypertrophie der Nasenmuscheln	2
476000	Chronische Kehlkopfentzündung (Laryngitis)	15
464000	Akute Kehlkopf- oder Luftröhrenentzündung (Laryngitis bzw. Tracheitis)	3
465000	Akute Laryngopharyngitis	3
486001	Lungenentzündung (Pneumonie)	20
512000	Nicht traumatischer Pneumothorax	20
512001	Nicht traumatischer Pneumothorax mit chirurgischer Behandlung	40
519000	Pathologien von Zwerchfell oder Mittelfell, Tracheotomie ...	20
511000	Pleuritis (Brustfellentzündung), Brustfellerguss (Pleuraerguss)	20
471000	Nasenpolypen (Chirurgie)	7
460000	Erkältung, Nasenkatarrh, Rhinopharyngitis	2
477000	Allergische Rhinitis	7
472000	Chronische Rhinopharyngitis, Ozaena (Stinknase)	2

CODE	HAUPTGRUPPE	TAGE
135000	Sarkoidose	40
786000	Isoliertes Symptom an den Atemwegen (Dyspnoe, Husten, Bluthusten ...)	3
461000	Sinusitis	5
012001	Tuberkulose der Atemwege oder der Lunge	60
Urologie		
607000	Balanitis, Priapismus	10
602000	Prostatasteine	10
592000	Lithiasis (Steine) in Nieren oder Harnröhre, Nierenkolik durch Lithiasis	10
594000	Lithiasis (Steine) in Blase oder Harnröhre	10
099000	Weicher Schanker, Morbus Reiter, Lymphogranuloma venereum	20
788001	Nierenkolik ohne Anzeichen von Lithiasis	3
596001	Harnblasendivertikel	10
598000	Stenose der Harnröhre	10
605000	Phimose	5
603000	Wasserbruch (Hydrozele)	20
600001	Hyperplasie und Prostataadenom. Behandlung, durch transurethrale Resektion (TUR)	30
098000	Gonokokkeninfektion, Gonorrhöe	4
599001	Harninfektion. Blasenentzündung. Harnröhrenentzündung (Urethritis)	3
588001	Niereninsuffizienz, Urämie, Nephrose, Nephritis, Nephropathie	40
592001	Lithiasis in Niere, behandelt durch Lithotripsie	3
592002	Nephrektomie	60
600002	Orchidektomie	30
604000	Orchitis, Epididymitis	20
590000	Nierenbeckenentzündung, Nierenabszess, Niereninfektion ...	10
601000	Prostatitis	15
593001	Nierenzyste, Stenose in Harnröhre	15
608000	Hodentorsion, Abszess am Skrotum ..	15
Verstauchungen und Luxationen		
830001	Verstauchung oder Luxation des Kiefergelenks	15
847003	Verstauchung, Luxation, Kontraktur der Zervix, Zervikalgie. Ärztliche Behandlung	10
847004	Verstauchung, Luxation, Kontraktur der Zervix, Zervikalgie. Orthopädische Behandlung	20
846000	Verstauchung oder Plexus lumbosacralis, Iliosakralgelenk oder Sakral-Hüftgelenk	10
846001	Lumbago (Hexenschuss) traumatischen Ursprungs	10
835000	Verstauchung oder Luxation der Hüfte (ohne Fraktur)	25
848000	Verstauchung der Rippen	10
839001	Luxation im Sternoklavikulargelenk. Orthopädische Behandlung	20

CODE	HAUPTGRUPPE	TAGE
839002	Luxation im Sternoklavikulargelenk. Chirurgische Behandlung	30
831003	Verstauchung oder Luxation der Schulter. Chirurgische Behandlung	50
832000	Verstauchung oder Luxation des Ellenbogens	30
834000	Verstauchung oder Luxation von Fingern oder Fingergliedern	20
833000	Verstauchung oder Luxation von Handgelenk, Handwurzel...	20
831001	Verstauchung oder Luxation der Schulter. Ärztliche. Behandlung	15
831002	Verstauchung oder Luxation der Schulter. Orthopädische Behandlung	30
836000	Luxation von Knie oder Kniescheibe	30
844009	Verstauchung des Knies (seitliche Bänder oder Bänder der Kniescheibe). Ärztliche. Behandlung	7
844001	Verstauchung des Knies (seitliche Bänder oder Bänder der Kniescheibe). Orthopädische Behandlung	15
844002	Verstauchung des Knies (seitliche Bänder oder Bänder der Kniescheibe). Chirurgische Behandlung	30
844004	Traumatischer Meniskusriss. Orthopädische Behandlung	20
844005	Traumatischer Meniskusriss. Chirurgische Behandlung oder Arthroskopie	30
844003	Riss der Kreuzbänder am Knie oder an der Sehne der Kniescheibe. Chirurgische Behandlung	90
844006	Unhappy Triad, Trauma multipler Kniestrukturen	120
844008	Knieprothese	80
837000	Luxation des Knöchels	30
845007	Verstauchung des Knöchels. Ärztliche. Behandlung	10
845004	Verstauchung des Knöchels. Orthopädische Behandlung	20
845005	Verstauchung des Knöchels. Chirurgische Behandlung	40
845002	Riss der Knöchelbänder	45
845001	Riss der Achillessehne	50
838000	Luxation des Fußes (Fußwurzel, Mittelfuß, Zehenglieder, Zehen...)	20
845003	Verstauchung von Fuß oder Zehen. Orthopädische Behandlung	4
845006	Verstauchung von Fuß oder Zehen. Chirurgische Behandlung	15
848901	Muskelriss mit ekografischer Bestätigung	5
848902	Muskelriss ohne ekografische Bestätigung	2
Frakturen		
000002	Entfernung von Osteosynthese-Material	2
802001	Fraktur von Nase, Kieferknochen oder Kinnlade. Ärztliche. Behandlung	20
802002	Fraktur von Nase, Kieferknochen oder Kinnlade. Chirurgische Behandlung	60
803001	Fraktur des Schädels ohne neurologischen Befund	60
803002	Fraktur des Schädels mit neurologischem Befund	210
805001	Fraktur der Wirbelsäule ohne Läsion des Rückenmarks. Orthopädische Behandlung	60

CODE	HAUPTGRUPPE	TAGE
805002	Fraktur der Wirbelsäule ohne Läsion des Rückenmarks. Chirurgische Behandlung	120
806000	Fraktur der Wirbelsäule mit Läsion des Rückenmarks. (Querschnittslähmung, Tetraplegie, Paralyse ...)	180
807001	Fraktur von Rippen oder Brustbein ohne betroffene Organe	20
807002	Fraktur von Rippen oder Brustbein mit betroffenen Organen	40
808001	Fraktur des Beckenknochens. Orthopädische Behandlung	80
808002	Fraktur des Beckenknochens. Chirurgische Behandlung	120
810001	Fraktur von Schlüsselbein oder Schulterblatt. Orthopädische Behandlung	40
810002	Fraktur von Schlüsselbein oder Schulterblatt. Chirurgische Behandlung	60
812001	Fraktur des Humerus. Orthopädische Behandlung	80
812002	Fraktur des Humerus. Chirurgische Behandlung	100
813000	Fraktur von Speiche und/oder Ellenbogenbein. Colles-Fraktur	50
814001	Fraktur des Kahnbeins	100
814002	Fraktur von Handwurzel oder Handgelenk. Orthopädische Behandlung	40
814003	Fraktur von Handwurzel oder Handgelenk. Chirurgische Behandlung	80
815000	Fraktur von Mittelhand oder Hand. Bennett-Fraktur	30
816000	Fraktur von Fingergliedern oder Fingern	30
820000	Fraktur von Femurhals, Gelenkhöckern, Rollhügel (Trochantere)	120
820001	Fraktur-Luxation der Hüfte	240
820002	Hüftprothese	120
821001	Fraktur der Diaphyse des Femur. Orthopädische Behandlung	100
821002	Fraktur der Diaphyse des Femur. Chirurgische Behandlung	120
822001	Fraktur der Kniescheibe. Orthopädische Behandlung	50
822002	Fraktur der Kniescheibe. Chirurgische Behandlung	60
823001	Fraktur von Schienbein und/oder Wadenbein. Orthopädische Behandlung	70
823002	Fraktur von Schienbein und/oder Wadenbein. Chirurgische Behandlung	90
824000	Fraktur von Knöchel oder Malleolar	60
824001	Bimalleolar-Fraktur	80
824002	Trimalleolar-Fraktur	100
825001	Fraktur des Fersenbeins. Orthopädische Behandlung	80
825002	Fraktur des Fersenbeins. Chirurgische Behandlung	100
825003	Fraktur der Fußwurzel oder des Mittelfußes. Orthopädische Behandlung	50
825004	Fraktur der Fußwurzel oder des Mittelfußes. Chirurgische Behandlung	70
826001	Fraktur von Zeh oder Zehenglied. Orthopädische Behandlung	20
826002	Fraktur von Zeh oder Zehenglied. Chirurgische Behandlung	30
Verletzungen und Traumas		
850000	Gehirnerschütterung oder Prellung nach Schädel-Hirn-Trauma (SHT) mit Krankenhausaufenthalt	10

CODE	HAUPTGRUPPE	TAGE
853000	Subdurales Hämatom nach Trauma ohne Fraktur	30
852000	Hirnblutung nach Schädel-Hirn-Trauma ohne Fraktur	50
860000	Traumatischer Pneumothorax oder Hämothorax durch Verletzung	50
920000	Prellung ohne Verletzung von Gesicht oder Kopfhaut	3
921000	Prellung ohne Verletzung von Augen und Anhänge	3
922000	Prellung ohne Verletzung des Rumpfs	3
923000	Prellung ohne Verletzung von oberen Gliedmaßen	3
924000	Prellung ohne Verletzung von unteren Gliedmaßen	3
929001	Prellung, Quetschungen oder mehrfacher Verschleiß, ohne Fraktur oder Verletzung	5
914000	Verletzung mit oberflächlicher Wunde an der Hand	5
915000	Verletzung mit oberflächlicher Wunde an Fingern	5
916000	Verletzung mit oberflächlicher Wunde an Hüfte oder Bein	5
917000	Verletzung mit oberflächlicher Wunde an Fuß oder Zehen	5
918000	Verletzung mit oberflächlicher Wunde an Auge und Anhängen	5
882001	Verletzung an Fingern, Hand, Handgelenk, Fuß, Knie, Ellenbogen oder Kopf, die genäht werden müssen	7
657001	Traumatische Verletzung von Nerven	30
881001	Durchdringende Verletzung an Hals, Rumpf, Gliedmaßen oder inneren Organen	20
871000	Tiefe Verletzung des Augapfels	40
883003	Schnitt von Sehnen an Hand oder Finger	40
885001	Traumatische Amputation eines Teils des Daumens	30
885002	Traumatische Amputation des ganzen Daumens	60
886001	Traumatische Amputation eines Teils des 2., 3., 4., 5. Fingers	20
886002	Traumatische Amputation des ganzen 2., 3., 4., 5. Fingers	40
887000	Traumatische Amputation von Arm oder Hand	120
895000	Traumatische Amputation eines Zehs	30
896000	Traumatische Amputation eines Fußes (nicht Zehen)	90
897000	Traumatische Amputation eines Beines	240
941000	Verbrennung im Gesicht, am Kopf oder Hals	20
948001	Leichte Verbrennungen: 1. (<15%), 2. (<5%), 3. (<1%)	10
948002	Mittlere Verbrennungen: 1. (15-30%), 2. (5-20%), 3. (1-10%)	30
948003	Schwere Verbrennungen: 1. (31-60%), 2. (21-40%), 3. (10-25%)	90
948004	Sehr schwere Verbrennungen: 1. (>60%), 2. (40-90%), 3. (25-80%)	180
869000	Schweres Mehrfachtrauma mit Krankenhausaufenthalt von über 30 Tagen Dauer	120

Versicherungsleistungen für Krankheiten und Verletzungen, die in diesem Leistungsverzeichnis nicht aufgeführt sind, sofern sie nicht zu den von dieser Police ausgeschlossenen Risiken zählen, werden analog oder im Vergleichsverfahren zu den beschriebenen erstattet.

4.2 STATIONÄRE BEHANDLUNG / KRANKENHAUSTAGEGELD

Der Abschluss der Garantie “Krankenhaustagegeld aufgrund von Erkrankung oder eines Unfalles“ muss ausdrücklich in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sein.

Während einer max. Frist von 365 Tagen garantiert DKV Seguros der versicherten Person die Zahlung eines in den Besonderen Bedingungen dieser Versicherungspolice festgelegten Tagegeldes für den Fall, dass sie sich aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls in stationärer Behandlung befindet und ein Anspruch auf Leistung vorliegt.

DKV Seguros zahlt für jedes Neugeborene nach einer Schwangerschaft von mindestens sechs Monaten der versicherten Mutter einen Einmalbetrag, der dem dreifachen Tagessatz bei Krankenhausaufenthalt entspricht. Hierfür ist es unerlässlich, dass diese Deckung abgeschlossen ist und die Entbindung acht Monate nach Versicherungsbeginn erfolgt.

Die gleiche Leistung und gleichartige Bedingungen finden bei versicherten Müttern entsprechende Anwendung im Fall der Adoption, wenn die Formalitäten zur Adoption nach acht Monaten nach Versicherungsbeginn begonnen wurden.

Voraussetzung zur Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle Personen bei Vertragsschluss im Alter zwischen von 16 bis 65 Jahren, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder eine bezahlte berufliche Aktivität ausüben.

Richtlinien für die Auslegung: Deckungsabgrenzung

a) Die Zahlung des Krankenhaustagegeldes erfolgt lediglich für die Tage der stationären Behandlung der versicherten Person. Die versicherte Person hat sich in die ihrer Erkrankung angemessene ärztliche Behandlung zu begeben.

b) Die stationäre Behandlung muss länger als 24 Stunden andauern und durch einen Arzt zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken verordnet worden sein.

c) In dem Fall, dass sich die versicherte Person aufgrund derselben Ursache oder von Gründen, die mit der vorherigen Erkrankung in direktem Zusammenhang stehen, erneut in stationäre Behandlung begeben muss, wird der neue Krankenhausaufenthalt auf den vorherigen Zeitraum angerechnet. Die Summe aller stationären Aufenthalte kann den in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegten Höchstleistungszeitraum in keinem Fall überschreiten.

Die zuvor genannte Klausel findet keine Anwendung, wenn zwischen der Entlassung und der erneuten stationären Einweisung mindestens sechs Monate liegen.

d) Die Höhe des Krankenhaustagegeldes wird in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt und bleibt selbst dann unverändert, wenn eine stationäre Einweisung aufgrund mehrerer Erkrankungen oder Leiden notwendig wird oder mehrere chirurgische Eingriffe gleichzeitig im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführt werden müssen.

Regeln für die Abwicklung eines Versicherungsfalls

Um die entsprechende Tagegeldleistung erhalten zu können, müssen Sie DKV Seguros die folgenden Dokumente zukommen lassen:

- › Bescheinigung des Krankenhausaufenthaltes und medizinischer Bericht nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.
- › Wenn sich der Krankenhausaufenthalt auf mehr als sieben Tage verlängert, müssen Sie DKV Seguros einen medizinischen Bericht zukommen lassen, der Auskunft gibt, in welchem medizinischen Zentrum sich die versicherte Person aufhält und die Aufnahmediagnose.

4.3 CHIRURGISCHER EINGRIFF

Wenn die Versicherungsleistung “Chirurgischer Eingriff bei Unfall oder Krankheit“ abgeschlossen wird, muss diese in den Besonderen Versicherungsbestimmungen der Police aufgeführt werden.

DKV Seguros garantiert dem Versicherten eine einmalige Entschädigungszahlung, anwendbar auf das innerhalb dieser Leistung versicherte Kapital, welches in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen benannt ist. Diese einmalige Entschädigung stellt einen Prozentanteil dar, welcher in der Tabelle im Anhang dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen angezeigt ist, und abhängig ist von der Art des an dem Versicherten praktizierten chirurgischen Eingriffs.

Voraussetzung zur Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle Personen, die sich bei Abschluss der Police im Alter von 0 bis 65 Jahren befinden.

Richtlinien für die Auslegung: Deckungsabgrenzung

Sollte ein Eingriff nicht in Bezug zu den in der Tabelle aufgeführten Eingriffen stehen, so wird er einer Gruppe mit ähnlichen Klassifikationen zugeordnet.

Werden in der gleichen Operation mehrere chirurgische Eingriffe vorgenommen, werden 100% des in der Tariftafel am höchsten angeordneten Eingriffs bezahlt und 50% für die restlichen Eingriffe erstattet.

Die maximale Entschädigungszahlung für jeden Schadensfall überschreitet in keinem Fall die 100% des versicherten Kapitals.

Regeln für die Abwicklung eines Versicherungsfalls

Um die Entschädigungszahlung zu erhalten, muss DKV Seguros ein medizinisches Gutachten des Arztes, der die Operation durchgeführt hat, vorgelegt werden, aus dem Art des Eingriffes, das Datum, an dem der Eingriff statt gefunden hat und die pathologischen Präzedenzfälle hervorgeht.

4.4 VOLLSTÄNDIGE UND DAUERHAFT ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Wenn die Versicherungsleistung "Vollständige und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit durch Unfall oder Krankheit" abgeschlossen wird, muss diese in den Besonderen Versicherungsbestimmungen der Police aufgeführt werden.

Die Leistungen dieser Versicherung für vollständige und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit gelten für einen irreversiblen körperlichen Zustand resultierend aus einer Krankheit oder einem Unfall, die/der von der versicherten Person nicht willentlich bewirkt wurde und grundlegend für deren vollständige Arbeitsunfähigkeit ist, d.h., dass diese zukünftig unfähig ist, jegliche Arbeitsbeziehung beizubehalten oder eine Berufstätigkeit auszuüben.

DKV Seguros garantiert der versicherten Person eine Zahlung des in den Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführten versicherten Kapitals in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls, die/der durch die Police abgedeckt ist und durch die die versicherte Person in Folge dessen von vollständiger und dauerhafter Invalidität für jegliche bezahlte Arbeit betroffen bleibt.

Voraussetzung zur Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle Personen, die sich bei Abschluss der Police im versicherungsmathematischen Alter von 16 bis 55 Jahren befinden und eine Berufstätigkeit ausüben oder in einem Arbeitsverhältnis stehen.

Richtlinien für die Auslegung: Deckungsabgrenzung

Um einen Leistungsanspruch zu haben, muss die Arbeitsunfähigkeit durch eine Krankheit oder einen Unfall ausgelöst worden sein, die/der von der bestehenden Police gedeckt wird.

Es besteht kein Recht auf Entschädigungszahlung, wenn die Gründe für die vollständige Arbeitsunfähigkeit auf Vor- oder Folge-Erkrankungen basieren, die weder in dem Gesundheitsfragebogen des Vertrages aufgeführt sind, noch für jene, die allein schon ausreichend sind, um die Entschädigungszahlung zu erhalten. Der Versicherungsvertrag gilt für plötzlich auftretende Geschehnisse, die die Arbeitsunfähigkeit verschulden, und tritt in dem Moment der Vertragsunterzeichnung in Kraft.

Regeln für die Abwicklung eines Versicherungsfalls

Folgende Dokumente sollten dem Antrag auf Entschädigungszahlung, den der Versicherte stellt, beigelegt werden:

- a) Der Teil des Schadenfalls, der vom Versicherten unterschrieben wird.
- b) Ein medizinisches Gutachten, welches das Ursprungsdatum der Krankheit oder das Unfalldatum festlegt und die vollständige und dauerhafte Invalidität der versicherten Person beweist.
- c) Von der DKV Seguros geforderte Dokumente, damit der Schadensfall entsprechend bewertet werden kann.

4.5 MEDIZINISCHE VERSORGUNG BEI UNFALL

Wenn die Versicherungsleistung "Medizinische Versorgung bei Unfall" abgeschlossen wird, muss diese in den Besonderen Versicherungsbestimmungen der Police aufgeführt werden.

Die Kosten der medizinischen Versorgung, die bis zur vollständigen Genesung der versicherten Person auftreten, trägt der Versicherer im Rahmen der Versicherungssumme, im Hinblick mit den folgenden Deckungsbegrenzungen:

Richtlinien für die Auslegung: Deckungsbegrenzung

a) DKV Seguros übernimmt Kosten für die ärztliche Versorgung, Arzneimittel, Einweisungen oder Rehabilitation; Erstprothesen und orthopädisches Material bis max. 600 EUR; Transport im Krankenwagen in dringenden Notfällen oder mit vorheriger Genehmigung durch den Versicherer, vorausgesetzt, dass diese Kosten auf einen unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall zurückzuführen sind.

b) DKV Seguros übernimmt diese Kosten für max. ein Jahr nach Eintritt des Unfalls, vorausgesetzt, dass die ärztliche Behandlung oder Versorgung von durch den Versicherer bestimmten oder akzeptierten Ärzten oder medizinischen Einrichtungen durchgeführt werden.

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

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

e) Im Fall der zahnmedizinischen Versorgung auf Grund eines Unfalls, übernimmt der Versicherer die Kosten für die erste Prothese bis max. 600 EUR.

f) Die medizinische Versorgung wird nur innerhalb des spanischen Nationalgebietes garantiert.

Voraussetzung zur Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle Personen, die sich bei Abschluss der Police im versicherungsmathematischen Alter von 16 bis 55 Jahren befinden und eine Berufstätigkeit ausüben oder in einem Arbeitsverhältnis stehen.

5.

EINSCHRÄNKUNGEN DER LEISTUNGSPFLICHT UND ZUSÄTZLICHE DECKUNGEN

5.1 EINSCHRÄNKUNGEN DER LEISTUNGSPFLICHT

Folgende Erkrankungen oder Verletzungen sind vom Versicherungsschutz dieses Moduls ausgeschlossen, womit die versicherte Person ihren Leistungsanspruch auf Entschädigung verliert:

a) Alle vor Abschluss des Versicherungsvertrages bestehenden Erkrankungen, ob chronisch oder nicht, Verletzungen, Krankheitsbilder oder Leiden sowie anlagebedingte oder angeborene physische Schäden und Folgeerscheinungen von Krankheiten.

b) Alle Krankheitsbilder, die sich ausschließlich als Schmerzen, nicht eindeutig lokalisierbare Schmerzen oder Schwindel manifestieren und aus medizinisch-objektiver Sicht keine nachweisbaren Zeichen aufzeigen.

c) Depressionen, Stress, Fibromyalgien (Faser-Muskel-Schmerz), chronisches Müdigkeitssyndrom (Fatigue-Syndrom), Burnout-Syndrom, psychosomatische Erkrankungen, Demenz sowie alle anderen psychischen Erkrankungen.

d) Die Schwangerschaft, der Schwangerschaftsabbruch, die Entbindung und die Zeit im Wochenbett.

e) Erkrankungen oder Komplikationen oder Verschlimmerungen aufgrund von Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Entbindung und Wochenbett.

f) Krankheiten oder Verletzungen, die im Zustand der Trunkenheit aufgrund von Alkohol- oder Genussmittelmissbrauch, durch Drogensucht sowie durch die Einnahme von Betäubungsmitteln, die nicht durch einen Arzt verordnet wurden, hervorgerufen werden.

Im Sinne dieser Police wird Trunkenheit angenommen, wenn der Blutalkoholgrad die gesetzlich festgesetzten Höchstgrenzen übersteigt, um qualifiziert zu sein, ein Fahrzeug zu steuern oder wenn die versicherte Person aus diesem Grund verhaftet oder bestraft wurde. Es wird Drogen- oder Rauschmittelmissbrauch unterstellt, wenn diese mittels Blutuntersuchung festgestellt wurden.

g) Krankheiten oder Verletzungen infolge von Kriegsereignissen, Terrorismus, Aufständen, Revolutionen und außerordentlichen Ereignissen oder Katastrophen wie Erdbeben, Hurrikan, Überschwemmungen, Freisetzung von Radioaktivität und von offiziell erklärten Epidemien.

h) Unfälle, die durch die Teilnahme der versicherten Person an Streitigkeiten oder strafbaren Handlungen entstehen, außer dass die versicherte Person zu ihrer eigenen rechtmäßigen Verteidigung gehandelt hat. In diesen Fällen werden 25 % der Leistung einseitig im Voraus gezahlt, ohne den Ausgang eines durch die versicherte Person angestregten gerichtlichen Verfahrens, das deren Unschuld beweist, abzuwarten.

Ebenso ausgeschlossen sind Verletzungen infolge von Suizidversuch oder Selbstverstümmelung.

i) Unfälle aufgrund:

> der Ausübung von Tauchsportarten, Bergsteigen, Kampfsportarten, Barranquismo (Kombination aus Steiluferklettern und Schwimmen) oder jeder anderen eindeutig gefährlichen Sportart.

> des Umgangs mit wilden Rindern in deren für ihre Zucht abgezäunten Gehegen und diejenigen Ereignisse, die sich aus der freiwilligen Teilnahme der versicherten Person an solchen Veranstaltungen ergeben.

> von Training oder Teilnahme an Wettkämpfen von Motorsportarten auf nicht asphaltierten oder privaten Wegen.

j) Unfälle, die durch die professionelle Ausübung einer Sportart verursacht werden.

k) Jegliche Art von Behandlung, die nicht zu Heilungszwecken durchgeführt wird, wie z.B. Schönheits-Chirurgie, Vasektomie und Eileiterunterbindung etc., sofern diese nicht infolge einer Erkrankung oder eines Unfalls durchgeführt werden. Der chirurgische Eingriff bei Fettleibigkeit, auch wenn er mit ärztlicher Verschreibung durchgeführt wurde. Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung.

5.2 ZUSÄTZLICHE DECKUNGEN

Trotz der im vorhergehenden Artikel 5.1 festgelegten Leistungseinschränkungen werden ausnahmsweise Deckungszusagen für die folgenden Konzepte eingeführt, und es werden nicht die beschriebenen Leistungseinschränkungen geltend gemacht, gleichwohl wird die vereinbarte Karenzzeit angewendet.

Bei der Deckung "Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit" Tagegeldleistung:

- › Für die chirurgische Korrektur der Kurzsichtigkeit, der Weitsichtigkeit und der Alterssichtigkeit wird ein Tagegeld von maximal drei Tagen gezahlt. Für Krankheitserscheinungen, die auf zahnmedizinische Probleme zurückgehen, werden max. 2 Tagegelder gezahlt (der Leistungsausschluss des Artikel 5.1.a wird nicht geltend gemacht).
- › Für Krankheiten der Veränderungen der Gefäße ohne andere medizinisch nachweisbare Beschwerden beträgt die Versicherungsdeckung maximal zehn Tage, und bei Schwindel ohne andere medizinisch überprüfbare Symptome maximal vier Tage. (der Leistungsausschluss des Artikel 5.1.b wird nicht geltend gemacht).

- › Für Depression, Stress, Fibromyalgie (Faser-Muskel-Schmerz) oder das chronische Müdigkeitssyndrom, (Fatigue-Syndrom), das Burn-out-Syndrom, für psychosomatische Erkrankungen und jede Form von psychischer Störung wird eine maximale Entschädigung von 10 Tagen festgesetzt, vorausgesetzt, die Behandlung findet während eines Krankenhausaufenthaltes statt. (der Leistungsausschluss des Artikel 5.1.c wird nicht geltend gemacht).

- › Für Erkrankungen oder Komplikationen, die sich aus der Verschlimmerung durch die Schwangerschaftsabbruch, die Entbindung und die Zeit im Wochenbett ergeben, wird eine Deckung von maximal 25 Tagen je Schwangerschaft gewährt. Hierzu muss der erste Leistungszeitraum abgeschlossen sein, und es ist eine Wartezeit von acht Monaten zu erfüllen. (der Leistungsausschluss des Artikel 5.1.e wird nicht geltend gemacht).

Bei der Deckung "Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit" Pauschalleistung:

- › Für die chirurgische Korrektur der Kurzsichtigkeit, der Weitsichtigkeit und der Alterssichtigkeit, für Krankheitserscheinungen, die auf zahnmedizinische Probleme zurückgehen, wird ein Tagegeld gezahlt entsprechend der Beschreibung im Verzeichnis Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung (der Leistungsausschluss des Artikel 5.1.a wird nicht geltend gemacht).
- › Bei Krankheitsbildern, die sich ausschließlich als Schmerzen, nicht eindeutig lokalisierbare Schmerzen oder Schwindel manifestieren und aus medizinisch-objektiver Sicht keine nachweisbaren Symptome aufzeigen, wird ein Tagegeld gezahlt entsprechend der Beschreibung im Verzeichnis Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung (der Leistungsausschluss des Artikel 5.1.b wird nicht geltend gemacht).

- > Für Depression, Stress, für psychosomatische Erkrankungen und jede Form von psychischer Störung wird ein Tagegeld gezahlt entsprechend der Beschreibung im Verzeichnis Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung (der Leistungsausschluss des Artikel 5.1.c wird nicht geltend gemacht).
- > Für Entbindung und die Fehlgeburt wird ein Tagegeld gezahlt entsprechend der Beschreibung im Verzeichnis Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit Pauschalleistung. Es ist eine Wartezeit von acht Monaten zu erfüllen (der Leistungsausschluss des Artikel 5.1.d wird nicht geltend gemacht).

Bei der Deckung
“Krankenhausaufenthalt”:

- > Für Erkrankungen oder Komplikationen, die sich aus der Verschlimmerung durch die Schwangerschaft, den Schwangerschaftsabbruch, die Entbindung und die Zeit im Wochenbett ergeben, wird eine Deckung von maximal sieben Tagen je Schwangerschaft gewährt. Hierzu ist eine Wartezeit von acht Monaten zu erfüllen. (der Leistungsausschluss des Artikel 5.1.e wird nicht geltend gemacht).

Bei der Deckung “Chirurgischer Eingriff”:

- > Für Entbindung wird eine Entschädigung gezahlt entsprechend der im Verzeichnis der Chirurgischen Eingriffe beschriebenen. Hierfür ist eine Wartezeit von acht Monaten einzuhalten. (die Leistungseinschränkung des Artikels 5.1.d wird nicht angewendet).

6.

BEZIEHUNGEN ZWISCHEN DEN VERTRAGSPARTNERN. JURISTISCHE ASPEKTE

6.1 VERTRAGSGRUNDLAGEN

Die schriftlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person, übereinstimmend mit dem dem Versicherer vorgelegten Gesundheitsfragebogen sowie die Police stellen zusammen die Basis des Vertrages, der die Deckung der einzelnen Risiken innerhalb der vereinbarten Grenzen umfasst, dar. Sollte der Inhalt der Police von dem Versicherungsantrag oder den vereinbarten Klauseln abweichen, kann der Versicherungsnehmer dieses innerhalb eines Monats nach Abschluss der Police beanstanden, damit die bestehenden Abweichungen behoben werden.

Bei Ablauf der genannten Frist, d.h. ohne dass eine Reklamation eingegangen ist, bleibt das in der Police Festgehaltene geltend.

Die Veränderungen der beruflichen oder gewerblichen Tätigkeit der versicherten Person und die Art, wie sie ihre berufliche Aktivität ausführt - als Selbstständiger oder als Arbeitnehmer - wie in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt, sind Umstände, die das übernommene Risiko beeinflussen und müssen DKV Seguros gemeldet werden (Artikel 11 und 12 des Ley de Contrato de Seguros, Versicherungsvertragsgesetzes).

Wenn auf Grund einer fälschlichen Erklärung bzgl. des Alters oder der Berufstätigkeit der bezahlte Versicherungsbeitrag niedriger als der eigentlich zu Bezahlende ist, so reduziert sich die Versicherungsleistung im Verhältnis zu der erhaltenen Beitragszahlung. Im gegenteiligen Fall, wenn der gezahlte Beitrag den eigentlich zu bezahlenden Betrag übersteigt, ist die DKV Seguros dazu verpflichtet den erhaltenen Mehrbetrag ohne Zinsen zurück zu erstatten.

6.2 VERTRAGSABSCHLUSS UND VERSICHERUNGSDAUER

Die Leistungen der Police treten mit dem in den Besonderen Bestimmungen aufgeführten Datum und der geleisteten Vorauszahlung des Versicherungsbeitrages in Kraft.

Der Versicherungsvertrag wird für den Zeitraum eines Jahres festgelegt, es sei denn der Vertrag wurde so abgeschlossen, dass sich das Vertragsverhältnis nach Ablauf einer bestimmten Frist stillschweigend verlängert, sofern nicht eine der beiden Vertragsparteien die Fristverlängerung gekündigt hat.

Die Vertragsparteien können einen Einwand gegen die Vertragsverlängerung schriftlich der anderen Vertragspartei mitteilen. Das Kündigungsschreiben muss mindestens zwei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres mit gerechtfertigtem Kündigungsgrund eingegangen sein.

Die Versicherungsleistung der vollständigen und dauerhaften Arbeitsunfähigkeit erlischt mit dem Versicherungsjahr, in welchem die versicherte Person die Altersgrenze von 65 Jahren erreicht hat.

Der Vertrag wird beendet:

- › Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

- › Wenn sich der Zustand der versicherten Person in eine Invalidität oder dauerhafte Berufsunfähigkeit zur Ausübung ihrer üblichen Tätigkeit ändert oder sie eine Überprüfung ihres Zustands zur Erlangung einer Rente oder einer Entschädigung aus diesem Grund beantragt.
- › Wenn die versicherte Person in Rente geht, arbeitslos wird oder in eine ähnliche Situation gerät oder wenn sie ihre berufliche Tätigkeit oder ihre Beschäftigung ganz aufgibt.

6.3 BEITRAGSZAHLUNG, LEISTUNGSUNTERBRECHUNG, WIEDEREINSETZUNG UND BEENDIGUNG

Der Versicherungsnehmer ist dazu verpflichtet, den Erstbeitrag oder die Einmalprämie bei Vertragsabschluss zu entrichten. Die darauf folgenden Beiträge werden zum jeweils festgelegten Zeitpunkt fällig.

Die in der Police festgelegte Vertragsdauer beträgt jeweils ein Jahr, für die ein Jahresbeitrag fällig wird. Die Beitragszahlung kann jedoch monatlich erfolgen. Der Versicherungsnehmer kann sich außerdem für eine monatliche, vierteljährliche oder halbjährliche Zahlungsweise mit einem entsprechenden Nachlass entscheiden. Die Aufspaltung der Beitragszahlung befreit den Versicherungsnehmer jedoch nicht von der Pflicht, den gesamten Jahresbeitrag zu entrichten. Bei Nichtzahlung des Erstbeitrages oder der Einmalprämie durch Verschulden des Versicherungsnehmers ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag aufzulösen oder ein gerichtliches Vollstreckungsverfahren einzuleiten. Wurde nichts Gegenteiliges in den Besonderen Versicherungsbedingungen vereinbart, ist der Versicherer bei Nichtzahlung des Erst- oder Jahresbeitrages von seiner Leistungspflicht im Schadensfall befreit.

Bei Nichtzahlung des Folgebeitrages und weiterer Beiträge ist DKV Seguros einen Monat nach Fälligkeit von ihrer Leistungspflicht befreit. Fordert der Versicherer die Beitragszahlung nicht innerhalb der nächsten sechs Monate nach der letzten bezahlten Fälligkeit ein, gilt der Vertrag als aufgehoben. Wird der Vertrag nicht gemäß der zuvor genannten Bedingungen aufgelöst bzw. aufgehoben, so tritt er 24 Stunden nach Zahlung der Beitragsrückstandes durch den Versicherungsnehmer wieder in Kraft. In diesem Fall steht dem Versicherer der Beitrag für den Zeitraum zu, in dem der Versicherungsschutz wegen Nichtzahlung aufgehoben war.

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

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

Die Beitragszahlung erfolgt per Einzugsermächtigung, soweit nicht anders in den Besonderen Bestimmungen festgelegt.

Zu diesem Zweck hinterlegt der Versicherungsnehmer bei DKV Seguros die Konten-Daten, von dem die Beitragszahlung für diese Versicherung erfolgen soll und berechtigt somit das Finanzinstitut, diese Transaktionen möglich zu machen.

Im Fall, dass der Beitrag nicht in den Besonderen Bedingungen aufgeführt ist und die Einzugsermächtigung nicht erklärt worden ist, muss der Beitrag am Zahlungsort des Versicherungsnehmers erfolgen.

Eine von dem Versicherungsnehmer an den Versicherungsagenten geleistete Beitragszahlung wird nicht als getätigte Beitragszahlung an DKV Seguros verstanden, außer der Versicherungsagent händigt dem Versicherungsnehmer die offizielle Empfangsbestätigung über die Beitragszahlung an DKV Seguros aus.

6.4 OBLIEGENHEITEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS ODER DER VERSICHERTEN PERSONEN

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person sind verpflichtet:

- a) DKV Seguros alle die Einschätzung des zu versichernden Wagnisses möglicherweise beeinflussenden Umstände wahrheitsgetreu und gewissenhaft anzugeben (Art. 10 Versicherungsvertragsgesetz). Eine Befreiung hiervon erfolgt, wenn DKV Seguros nicht den Fragenbogen vorlegt oder - auch wenn er vorgelegt wird - es sich um Gegebenheiten handelt, die die Risikobewertung beeinflussen und diese jedoch nicht im Fragebogen enthalten sind.
- b) DKV Seguros während der Vertragslaufzeit so schnell wie möglich alle Umstände zu kommunizieren, die das Risiko erhöhen und wenn sie in dem Moment der Vertragsschließung bekannt gewesen wären, nicht zu dieser geführt hätten oder dieser zu strikteren Konditionen abgeschlossen worden wäre (Art. 11 Versicherungsvertragsgesetz)

Für den Fall, dass die Veränderung des Risikos vor Eintritt des Versicherungsfalls DKV Seguros nicht mitgeteilt wurde und diese auf eine Änderung der Art der beruflichen Tätigkeit von Arbeitnehmertätigkeit auf selbstständige Tätigkeit zurückzuführen ist, wird die Tagegeldzahlung nicht höher sein als DKV Seguros in ihrem Produkt für selbstständige Personen kalkuliert hat im Augenblick des Eintritts des Versicherungsfalls.

Es wird ein Verfahren eingeleitet, den Beitrag der Situation des wahren Risikos anzupassen und wenn erforderlich, wird dem Versicherungsnehmer die Differenz zwischen dem neuen angepassten Beitrag und der für das Versicherungsjahr gezahlten zurückgezahlt.

- c) die Folgen des Schadensfalls durch den Einsatz von technischen und medizinischen Hilfsmitteln zwecks einer schnellen Genesung zu vermindern.

Die Nicht-Einhaltung von diesem kann zu einer Befreiung von DKV Seguros von der Leistungspflicht führen.

- d) DKV Seguros den Schadensfall innerhalb von maximal sieben Tagen nach Auftreten zu melden, es sei denn in der Police wurde ein längerer Zeitraum festgelegt.
- e) DKV Seguros alle Informationen über Umstände und Folgen des Schadensfalls bereit zu stellen oder DKV Seguros zu einem direkten Informationszugang zu berechtigen.

Im Fall der Pflichtverletzung bzgl. der vorausgehenden Absätze a), b), c), d) y e), führt dieses nur dann zum Verlust des Rechts auf Entschädigung, wenn Vorsatz oder Schuld vorliegt (Art. 10, 12, 16 und 17 Versicherungsvertragsgesetz).

6.5 OBLIEGENHEITEN VON DKV SEGUROS

DKV Seguros ist verpflichtet die Entschädigungszahlung im Rahmen des durch Untersuchungen und Gutachten festgestellten Umfangs des sachgerecht beurteilten Schadensfalls zu leisten.

Innerhalb eines Zeitraums von 40 Tagen nach der Schadensmeldung kann die versicherte Person für die Versicherungsleistung der "Vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit" eine Vorauszahlung auf Kosten der letzten Rate der Entschädigungszahlung beantragen. Die Zeiträume des Arbeitsausfalls, die der im voraus gezahlten Entschädigung entsprechen, können nur nach Beurteilung des Versicherers sowohl hinsichtlich der Dauer, als auch der Ursache als gerechtfertigt bestehen bleiben.

Die genannten Vorauszahlungen bedeuten in keinem Fall die definitive Anerkennung des Schadenfalls und sollten sich durch notwendige Untersuchungen und Gutachten von DKV Seguros die getätigten Vorauszahlungen als unzulässig erweisen, erfolgt die Verpflichtung der versicherten Person zu einer sofortigen Rückerstattung.

6.6 NEUBEWERTUNG DER BEITRÄGE UND ENTSCHÄDIGUNGEN

Um die Aktualisierung des Wertes der im Rahmen des vorliegenden Vertrages festgelegten Entschädigungssummen zu gewährleisten, werden diese automatisch mit Ablauf jedes Versicherungsjahres anhand der nachfolgend aufgeführten Kriterien angepasst, sofern nichts Gegenteiliges vereinbart wurde:

1. Proportional zum jährlich durch das spanische Amt für Statistik (Instituto Nacional de Estadística – INE) festgelegten Verbraucherpreisindex (Índice General de Precios al Consumo - IPC).
2. Anhand eines festgesetzten Prozentsatzes, der vom Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss der Police festgelegt wird.

Die Neubewertung der Entschädigung tritt mit der entsprechenden Beitragszahlung in Kraft. Die aktualisierten Summen schlagen sich im Beitrag nieder.

Im Rahmen der versicherungsmathematischen Kriterien des vorliegenden Versicherungsvertrages wird der Beitrag abhängig vom Alter des Versicherten, von möglichen Berufs- oder Tätigkeitswechseln sowie von Änderungen des Leistungsumfangs (regelmäßig) angepasst.

6.7 SCHRIFTLICHE MITTEILUNGEN

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

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

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

Hiermit bestätigen der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person die auf die Versicherungsleistungen anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen für alle Versicherungsleistungen und für alle Folgen, die Art. 3 des Gesetzes 50/80 des Versicherungsvertrages beinhaltet, zu kennen und zu akzeptieren.

Versicherungsnehmer

Versicherte Person

Für DKV Seguros S.A.E.
El Consejero Delegado



Mitteilungen von DKV Seguros an den Versicherungsnehmer oder die versicherten Personen werden an die im Vertrag festgehaltene Adresse gesandt, es sei denn der Versicherungsgesellschaft wurde ein Wohnsitzwechsel und damit eine neue Anschrift mitgeteilt.

Damit diese vertragliche Wirksamkeit haben, müssen die schriftlichen Mitteilungen zwischen versicherter Person (oder ihrem Vertreter) und DKV Seguros (oder ihrem Agenten/ Makler) in glaubhafter schriftlicher Form veranlasst werden.

6.8 VERJÄHRUNG UND GERICHTSBARKEIT

Rechtsansprüche, die aus diesem Versicherungsvertrag entstehen, verjähren nach fünf Jahren.

Die gerichtliche Entscheidung über die aus dem Vertrag entstehenden Rechtsansprüche trifft der für den Wohnsitz der versicherten Person zuständige Richter.

Verzeichnis der chirurgischen Eingriffe

VERZEICHNIS DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE

GRUPPE	EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
	Diagnostische oder therapeutische Behandlung im Operationssaal mit einem stationären Aufenthalt von mehr als 24 Stunden, die im übrigen nicht gesondert aufgeführt sind.	1%
Angiologie und Gefäßchirurgie		
1	Oberflächlicher Tumor mit kleinen Hautangiomen	2%
3	Hautangiom und Lymphangiom	8%
3	Arteriovenöse Fistel für Hämodialyse oder einfachen Therapeutiken.	8%
3	Krampfadern: mit Perforation einhergehend, seitlich benachbart, mit Rückfall. Ligatur der Saphena magna (große Fußvene).	8%
4	Arterienembektomie (Oberschenkel Kniekehle, Schulter Rumpf oder Oberarm Ellenbogen).	12%
4	Gefäßplastik	12%
4	Gefäßtrauma im mittleren Umfang. Gefäßnähte.	12%
4	Krampfadern: Saphnektomie (Venenstrippung), vollständige Lappenextraktion.	12%
5	Peripheres Aneurysma.	18%
5	Angiom und Lymphangiom an Hals oder im Gesicht. Plastik.	18%
5	Femoropoplitealer Bypass mit Prothese oder einseitig Krummdarm-Oberschenkel.	18%
5	Komplexe arteriovenöse Fistel.	18%
5	Thrombektomie (op. Thrombusentfernung nach Gefäßeröffnung) Bypass oder Krummdarm-Oberschenkel.	18%
6	Bypass Oberschenkel-aorta einseitig oder femoropopliteal; Saphenavene.	30%
6	Femoropopliteale Endarteriektomie.	30%
Allgemein-Chirurgie und Verdauungsapparat		
0	Abszess, Anthrax (Milzband), Ulzeration (Geschwürbildung), esfacelo. Debridement oder Drainage.	1%
0	Condyloma, Wulstnarbe. Exstirpation (Entfernung von Gewebe).	1%
0	Äußere Hämorrhoiden oder Analwucherungen. Exhärese.	1%
0	Lipoma (Fettgewebsgeschwulst), Talgzyste, kleine Hauttumore. Exstirpation-Biopsie.	1%
1	Perianaler oder glutealer Abszess (nahe dem After/ Gesäßmuskel). Chirurgische Drainage.	2%
1	Hämorrhoidale (zum unteren Teil des Mastdarms) Thrombose. Thrombektomie.	2%
1	Gutartige Analtumore.	2%
2	Analfissur. Resektion (op. Teilentfernung), Sphinkterektomie (op. (Teil-) Entfernung eines Schließmuskels).	5%
2	Epigastrische Hernia (Eingeweidebruch). Muskuläre Hernia durch Bruch der Fascia (Muskelbinde).	5%

GRUPPE EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
2 Pneumothorax, Pyothorax, Chylothorax. Punktion und Drainage.	5%
2 Tumorektomie, Quadrantektomie (brusterhaltende Entfernung eines Tumors)	5%
3 Pelvirectaler (um den Mastdarm im Levatortrichter) Abszess. Drainage.	8%
3 Einfache Angioplastie.	8%
3 Perianale Cellulitis. Drainage.	8%
3 Schließung oder Korrektur der Kolostomie.	8%
3 Kondylom von großem Umfang.	8%
3 Diastasis des Mastdarms.	8%
3 Eventration oder Eviszeration ohne intestinale (Darmkanal betreffend) Resektion (op. Teilentfernung).	8%
3 Sakralgische oder am After sich befindende Fistel, oder Dermoidzyste. Fistulektomie oder Fistulotomie.	8%
3 Hämorrhoiden oder rektale Polypen. Exstirpation.	8%
3 Inguinale (die Leistengegend) betreffend) und /oder krurale (einen (Ober-) Schenkel betreffend) einseitige Hernia (Leisten-/ Oberschenkelbruch). Umbilicale Hernia (zum Nabel oder zur Nabelschnur gehörend).	8%
3 Melanomen (gut/- bösartige Gewebeneubildungen). Exstirpation.	8%
3 Rektaler Prolapsus („Vorfall“ eines Gewebes oder Organs aus seiner natürlichen Lage). Perianale, chirurgische Anwendung.	8%
3 Resektion des Epiploon (großen Netzes). Abdominale Laparotomie (Zugang durch die Bauchdecke).	8%
3 Tumor in den weichen, tief liegenden Teilen. Exstirpation.	8%
3 Rektaltumor. Fulguration (Blitzschlageinwirkungen; elektrische Funkenentladungen).	8%
3 Axillare (Achselhöhle) betreffend) – Ausschöpfung oder regionales Gangliom (aus Ganglienzellen aufgebaute Tumor).	8%
4 Abszess an dem Dickdarm angrenzenden Gewebe oder Douglas-Abszess. Debridement oder Drainage.	12%
4 Appendikostomie.	12%
4 Nodulärer (knotenförmiger) Kropf, Enukleation („Ausschälen“ eines abgekapselten Fremdkörpers). Subtotale (nahezu vollständige) Hemithyreoidektomie (op. Entfernung der halben Schilddrüse).	12%
4 Cholezystotomie, Choledochotomie, Kolostomie, Ileostomia, Gastrostomie.	12%
4 Meckel-Divertikel. Resektion	12%
4 Darmanastomose ohne Resektion.	12%
4 Stenose am After.	12%
4 Anale oder vervielfältigte oder mehrfach operierte Fistel.	12%
4 Brucheinklemmung ohne intestinaler Resektion.	12%
4 Leistenbruch und/oder krurale, zweiseitige Hernie; oder einseitig durch Laparoskopie.	12%

GRUPPE	EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
4	Explorative Laparotomie. Biopsie	12%
4	Darm-Occlusio ohne Resektion. Volvulus.	12%
4	Jejunostomie der Atmung oder Alimentation.	12%
5	Pankreatischer oder hepatischer Abszess. Akute Pankreatitis.	18%
5	Biliodigestive Anastomose vom Typ Cholecystosis und Choledochoduodenostomie.	18%
5	Appendikostomie durch Laparoskopie.	18%
5	Cholezystektomie. Splenektomie.	18%
5	Partielle Kolektomie.	18%
5	Choledocholithiasis durch Endoskopie.	18%
5	Gastroenterostomia.	18%
5	Atypische Hepatektomie. Hepatische Nähte.	18%
5	Verletzung oder Durchschlag des Mastdarms.	18%
5	Leistenbruch und/oder zweiseitige, krurale Hernie durch Laparoskopie.	18%
5	Brucheinklemmung mit intestinaler Resektion.	18%
5	Hartmann-Operation oder Ähnliche.	18%
5	Resektion des Dünndarms und Anastomose.	18%
5	Ferguson- Mussiari- Technik und Andere.	18%
5	Mesenteriocoparietale Tumore.	18%
6	Biliodigestive Anastomose mit Darmplastiken.	30%
6	Chirurgie residuärer Lithiasis auf biliärem Weg.	30%
6	Parathyroidea (Nebenschilddrüsen)-Chirurgie.	30%
6	Cholezystektomie durch Laparoskopie.	30%
6	Totale Kolektomie.	30%
6	Sphinkterplastik oder Papillo(sphinktero)tomie.	30%
6	Ösophagostomiasis-Ösophagographie (Fremdkörper, gutartige Tumore, Mallory-Weiss-Syndrom und Zwerchfellring).	30%
6	Zwerchfell-Eventratios. Plastik.	30%
6	Subtotale/ Nahezu vollständige Gastrektomie.	30%
6	Hemikolektomie.	30%
6	Zwerchfellbruch und Antireflux-Operationen.	30%
6	Ligatur ösophagaler Varizen.	30%
6	Radikale, retroperitoneale (hinter rückseitigem Bauchfell liegend) Lymphadenektomie.	30%
6	Megaösophagus, Kardiospasmus, Heller-Operation.	30%
6	Retroperitonealer Tumor.	30%
7	Amputation des Mastdarms.	50%
7	Chirurgie aufgrund von portaler Hypertension.	50%

GRUPPE	EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
7	Totale Gastrektomie.	50%
7	Hemikolektomie oder Kolektoie durch Laparoskopie.	50%
7	Zwerchfellbruch und Antireflux-Operationen durch Laparoskopie.	50%
7	Supra-Adrenalektomie.	50%
8	Ösophagoplastiken, Gastroplastiken und Darmplastik.	100%
8	Radikale Gastrektomie. Hemihepatektomie. Duodenopankreatektomie.	100%
Maxillär (zum Oberkiefer gehörend) -faziale Chirurgie		
0	Zirkumskripte (begrenzte) Abszesse.	1%
1	Zungen- oder Lippenbändchen. Phrenektomie.	2%
1	Papillom(a) oder Polyp des Pharyngeus (Schlund).	2%
1	Gutartiger Tumor auf der Lippe, intraoral oder in den weichen Teilen, ohne Plastik.	2%
1	Palpebrale (Augenlid betreffend(e)) Tumor oder Zyste, ohne Plastik.	2%
2	Linguales oder labiales Frenulum. Mit Plastik.	5%
2	Salivalis (Speichel betreffend) Lithiasis. Exstirpation des Calculus.	5%
2	Gutartiger, intraoraler Tumor in den weichen Teilen. Resektion mit Plastik.	5%
2	Oberflächlicher Tumor in Gesicht und auf dem Hals. Extraktion.	5%
3	Tief liegender Fremdkörper im Gesicht oder am Hals. Extraktion.	8%
3	Lippen-Exzision nach Bermellón.	8%
3	Exzision oder Plastik in Z oder Ähnlichem.	8%
3	Flemón-Abszess im Mundhöhlenboden. Drainage.	8%
3	Dentale, parodontale, gespaltene und follikuläre Zysten.	8%
3	Maxilläre Höhle. Behandlung für die Entfernung von Wurzelresten und Ähnlichem.	8%
3	Gutartiger Zungentumor. Partielle Glosektomie.	8%
3	Lippentumor. Exstirpation und lokale Plastik.	8%
3	Oberflächlicher Gesichts- und Halstumor. Mit Plastik.	8%
3	Gutartiger, maxilläre Tumore.	8%
4	Regionale Hautlappen.	12%
4	Fistel oder Zyste am Schilddrüsenangang.	12%
4	Nasennebenhöhlenfistel.	12%
4	Alveoläre Fissur. Osteoplastik.	12%
4	Glandula sublingualis (Unterzungendrüse). Exstirpation.	12%
4	Zusätzliche Osteotomie.	12%
4	Maxilläre Zyste mit Lädierung der Stirnhöhle und dem angrenzenden Gewebe.	12%
4	Zungentumor. Hemiglosektomie oder totale Glosektomie.	12%
4	Maxilläre(r) Tumor oder Zyste. Exstirpation mit partieller, maxillärer Resektion.	12%

GRUPPE	EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
4	Hauttumore im Gesicht oder am Hals mit regionaler, plastischer Wiederherstellung.	12%
5	Fraktur der Mandibula. Osteosynthese.	18%
5	Osteoplastik alveolären Defektes.	18%
5	Segmentale, alveolär-dentale Osteotomie.	18%
5	Maxilläre(r) Tumor oder Zyste mit ossärem/knöchernem Implantat.	18%
6	Arthroplastik Articulatio temporo-mandibularis.	30%
6	Funktionelle Ausräumung des Halses.	30%
6	Parotidectomie.	30%
6	Malignom auf der Gesichtshaut. Große faziale Hautlappen.	30%
Plastische und wiederherstellende Chirurgie		
0	Überprüfung kleiner Narben. Exzision und Sutura (Vernähung).	1%
0	Kleine Geschwüre. Exzision und Sutura (Vernähung).	1%
1	Überprüfung von Narben mittleren Umfangs. Exzision und Sutura (Vernähung).	2%
1	Überprüfung kleiner Narben im Gesicht und am Hals. Exzision und Sutura (Vernähung).	2%
3	Brustrekonstruktion nach Mastektomie durch Hautexpander.	8%
3	Retraktion von Narben an Zehen/Fingern, Achselhöhle, Plica, etc. Lokale Plastiken.	8%
3	Überprüfung großer Narben am Körper. Lokale Plastiken.	8%
3	Skalpierung. Chirurgische Behandlung mit freiem Implantat, Hautlappen, Rotation.	8%
3	Oberflächliche Tumore. Behandlung mit lokalen Plastiken.	8%
3	Mittelgroße Geschwüre. Mit zusätzlichem Implantat (ausgenommen Gesicht und Hals).	8%
4	Entfernung der Hautexpander (Dehnkörper) und Anbringung einer Brustprothese.	12%
4	Gynäkomastie (Vergrößerung der männlichen Brustdrüse).	12%
4	Größere Verletzungen des Gesichts oder Halses. Plastiken oder Implantate.	12%
4	Wiederherstellung des Warzenhofes oder der Brustwarze.	12%
5	Gingantomastie. Einseitige Reduktionsplastik.	18%
5	Durch Tumore hervorgerufene Verletzungen. Behandlung mit Hautlappen auf Distanz in zwei Zeitabschnitten.	18%
5	Brustwiederherstellung Postmastektomie durch Muskelhautlappen/ -bündel.	18%
5	Wiederherstellung mit Hautlappen und Implantaten bei Tumor bedingter Postextirpation von Augenlid, Lippe, Nase, Ohr, etc.	18%
6	Plastiken oder zusätzliche Füllungsimplantate (Lederhaut, Knochenneubildung, Knochen, Knorpel).	30%
6	Nasale Dermoidzyste. Wiederherstellung.	30%

GRUPPE EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
6 Dekubitus (Geschwürbildung) oder großes Geschwür, mit zusätzlichem Implantat.	30%
Thorakale Chirurgie	
4 Exhärese von gutartigen Tumoren des Rippenbogens.	12%
4 Mediastinotomie.	12%
4 Pleurotomie mit Aspiration.	12%
5 Pleurotomie.	18%
5 Entdeckte Thorakotomie. Biopsie.	18%
6 Pleuropulmonale Dekortikation.	30%
6 Atypische Lungenresektion.	30%
6 Lungensegmentresektion.	30%
7 Lungenlobektomie.	50%
7 Mediastinaltumor, Thymustumor...	50%
8 Pneumonektomie (op. Entfernung eines Lungenflügels).	100%
Neurochirurgie	
3 Neurolyse und selektive Neurektomie (Teilresektion eines Nervs). Vernarbte Neuromen.	8%
4 Elektrische Erwärmung mit Hochfrequenz zwischen 2 Wirbeln.	12%
4 Bandscheibenvorfall. Chemonukleolyses, Nukleolyse, Aspiration.	12%
4 Karpaltunnelsyndrom.	12%
5 Epidurales oder subdurales Hämatom. Kraniektomie.	18%
5 Bandscheibenvorfall (ausgenommen zervikal (Hals betreffend)). Mikrochirurgie.	18%
5 Dorsale (Rücken betreffend) oder lumbale (Lendenteil des Rückenmarks betreffend) Laminektomie.	18%
6 Liquorableitung. Hydrozephalus.	30%
6 Stenose des Wirbelkanals.	30%
6 Zervikaler Bandscheibenvorfall. Diskektomie (op. Teilentfernung eines Diskus)	30%
6 Implantation eines ventrikulären Reservoirs.	30%
6 Zervikale Laminektomie.	30%
6 "Periphere Nerven-Mikrochirurgie; Tumore, Implantate, Nähte, etc."	30%
6 Trigeminal Rhizotomie (Frazier).	30%
7 Zervikaler Bandscheibenvorfall (Cloward Scoville).	50%
7 Rhizotomie posterior, Myleotomie.	50%
7 Gehirntumore, Gliomen, oder Metastase der Hemisphäre.	50%
7 Tumore des Rückenmarks.	50%
8 Nachträgliche Fossa-Chirurgie.	100%
8 Orbital-kraiale Tumor-Chirurgie. Mikrochirurgie der Orbita (Augapfel und damit verbundene Nerven betreffend).	100%

GRUPPE	EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
8	Kraniopharyngiom.	100%
8	Meningeom in jeglicher Lage.	100%
8	Mikrochirurgie Kleinhirnbrückenwinkel, Hypophyse, selläre Region, "Pferdeschwanz"-Tumore	100%
8	Intrakraniale oder intra-spinale Neurinomen.	100%
8	Vertebrale Körper-Resektion.	100%
Geburtshilfe und Gynäkologie		
0	Vulgäres, vaginales oder perianales Condyloma.	1%
0	Gutartige Tumore der Vulva.	1%
1	Vulva- oder Bartholin-Drüsen- Abszess. Desbridamiento oder Drainage.	2%
1	Eiternde Mastitis (Eitern der Brustdrüse). Desbridamiento oder Drainage.	2%
2	Bartholinitis. Marsupialisation.	5%
2	Konisation des Gebärmutterhalses.	5%
2	Gebärmutterausschabung.	5%
2	Brustknoten.	5%
2	Zervikaler, vulvärer Polyp oder Korpuspolyp (Gebärmutterpolyp). Exstirpation.	5%
2	Vaginale, oder Juxta, oder parazervikale Zyste. Exstirpation.	5%
3	Kolpotomie durch Douglas-Abszess.	8%
3	Stomatoplastik. Emmet-Operation.	8%
3	Extraktion eines Fremdkörpers durch Hysteroskopie.	8%
3	Manuelle Extraktion der Plazenta.	8%
3	Bartholin-Drüse. Exstirpation.	8%
3	Einfache Mastektomie, mit oder ohne axillärer Ausschöpfung.	8%
3	Normale Geburt oder mit Komplikationen, einfache oder mehrfache Entbindung.	8%
3	Polipektomie durch Hysteroskopie.	8%
3	Ovariale Punktion durch Laparoskopie.	8%
3	Zystektomie durch Laparoskopie.	8%
3	Keilförmige Resektion der Eierstöcke.	8%
4	Adnexektomie.	12%
4	Abdominaler Kaiserschnitt.	12%
4	Vollständiger Dammriss. Perineorrafia.	12%
4	Hysteropexie. Bänderanheftung.	12%
4	Vaginalplastik. Zystozele (Blasenhernie) und/oder Rektozele.	12%
4	Uterus-Prolapsus. Erhaltende, partielle Chirurgie (Manchester und Ähnliche).	12%
4	Eierstockzyste. Zystektomie.	12%
4	Eierstocktumor. Ovariectomie (Entfernung eines Eierstockes).	12%
5	Adnexektomie durch Laparoskopie.	18%

GRUPPE	EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
5	Kaiserschnitt mit Hysterektomie.	18%
5	Untersuchung der Gebärmutter Schleimhaut durch Hysteroskopie (Spiegelung der Gebärmutter).	18%
5	Beckenendometriose durch Laparoskopie.	18%
5	Entzündliche Beckenerkrankung (Hydrosalpinx, tubärer Abszess, etc.) durch Laparoskopie.	18%
5	Myomektomie durch Hysteroskopie.	18%
5	Myomektomie.	18%
5	Einfache Vulvektomie.	18%
6	Vaginale Aplasia oder Atresia. Korrekturingriffe. Künstliche Vagina.	30%
6	Vollständige Hysterektomie, oder von vaginalem Wege her.	30%
6	Radikale Mastektomie mit axillärer Ausschöpfung.	30%
6	Myomektomie durch Laparoskopie.	30%
7	Radikale Chirurgie des Uterus und seinen Anhängen (Wertheim; Schauta) mit Lymphadenektomie.	50%
7	Vaginale Hysterektomie behandelt durch Laparoskopie.	50%
7	Radikale Vulvektomie mit Lymphadenektomie.	50%
Ophthalmologie (Augenheilkunde)		
0	Abszess oder Zyste an Augenbrauen oder Augenlid. Drainage.	1%
0	Fremdkörper auf Binde-, Hornhaut oder Augenweiß. Extraktion.	1%
0	Dacryosolenitis (Entzündung des Tränenröhrchens/ -kanals). Extraktion.	1%
0	Hornhautgeschwür. Kauterisation und Ausschabung.	1%
1	Chalazion. Exzision.	2%
1	Verletzungen der einfachen, konduktiven Membran oder den Puncta lacrimales (Eintrittsöffnungen der Tränenröhrchen).	2%
1	Hornhaut Parazentese. Punktion der vorderen Augenkammer.	2%
2	Pannus. Bindehautangiom. Exzision. Periektomie (zirkuläre Bindehautexzision).	5%
2	Pterygium oder Pinguecula. Exstirpation.	5%
2	Dermoidzyste der Augenbraue. Resektion.	5%
2	Überzug oder Bindehauttransplantation.	5%
2	Tränensack. Exstirpation (Dakryozystektomie).	5%
2	Vernähung von Hornhaut- oder Bindehautverletzungen.	5%
2	Behandlung Hornhauttätowierung.	5%
2	Bindehauttumor. Exstirpation mit Plastik.	5%
2	Xanthelasma. Exstirpation ohne Plastik.	5%
3	Fremdkörper in vorderer Augenkammer, oder intraorbital.	8%
3	Ektropion oder Entropion. Lokale Plastiken.	8%
3	Periphere Iridektomie. Chirurgisch oder durch Laser.	8%

GRUPPE EINWEISUNGSGRUND		ERSTATTUNGS %-SATZ
3	Palebrale/ Augenlid- Ptose.	8%
3	Augenlidtumor. Exstirpation mit lokaler Plastik.	8%
3	Iristumor oder -zyste. Extraktion oder Lichtkoagulation.	8%
3	Xanthelasma. Lokale Plastik.	8%
4	Cataracta (grauer Star). Intrakapsuläre Extraktion des Glaskörpers.	12%
4	Dakryozystorhinostomie.	12%
4	Diszision oder Luxation des Glaskörpers.	12%
4	Strabismotomie (Schieloperation).	12%
4	Iridokapsulitis. Membranulektomie.	12%
4	Intraokulare Augenlinse. Reimplantation oder Reposition.	12%
4	Palpebrale, zweiseitige Ptose.	12%
4	Wiederherstellung des Augenlides auf Grund von Tumoren oder Traumata, mit zusätzlichen Transplantationen.	12%
4	Netzhauttumore.	12%
5	Cataracta. Extrakapsuläre Extraktion. Phakoemulsifikation (Staroperation). Cataracta mittels Mikrochirurgie.	18%
5	Lösen der Netzhaut. Komplett-Behandlung.	18%
5	Ektropium oder Entropion mit zusätzlicher Transplantation.	18%
5	Mikrochirurgie bei Kurzsichtigkeit. Radiale Keratotomie.	18%
5	Mikrochirurgie bei Glaucoma.Trabekulektomie.	18%
6	Lösen/Lockerung der Netzhaut. Komplett-Behandlung.	30%
6	Orbitale Tumore oder Tumore der zugehörigen Strukturen mit Erhaltung des Augapfels.	30%
6	Vitrektomie (op. Entfernung des Glaskörpers).	30%
7	Lösen der Netzhaut. Behandlung mit Laser oder Vitrektomie.	50%
8	Keratoprothese und/oder Keratoplastik.	100%
8	Hornhauttransplantation.	100%
Otorhinolaryngologie (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde)		
0	Abszess im äußeren Gehörgang, Ohrtrichter oder retroatrikulär (hinter der Ohrmuschel).	1%
0	Kauterisation Septum oder Polypen.	1%
0	Einfache Myringotomie (Trommelfellschnitt).	1%
0	Nasale Synechia.	1%
1	Abszess Nasenscheidewand.	2%
1	Adenoidektomie (Rachenmandelentfernung).	2%
1	Nasenschneidchirurgie.	2%
1	Papillon oder Polyp im Gehörgang. Exstirpation.	2%
1	Blutiger Polyp der Scheidewand, oder antrocoanal. Exstirpation.	2%

GRUPPE	EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
2	Amygdalektomie.	5%
2	Fremdkörper in der Nasenhöhle oder Scheidewand.	5%
2	Desbridamiento Ohrtrichter durch Perichondritis oder Lymphoedema.	5%
2	Gehirntumore, Gliomen, oder Metastase der Hemisphäre.	5%
2	Kehlkopf-Phlegmon. Exzision und Drainage.	5%
2	Myringotomie und Dränagenanbringung in der Ohrtrompete.	5%
2	Zyste oder gutartige Tumore im Ohrtrichter.	5%
2	Einfache Uvulektomie (op. Entfernung des Gaumenzäpfchens).	5%
3	Epiglottis (Kehlkopf)-Abszess. Drainage. Mikrolaryngoskopie.	8%
3	Fremdkörper in der Nasennebenhöhlen.	8%
3	Osteom im äußeren Gehörgang.	8%
3	Nasale Polyposis.	8%
3	Maxilläre oder maxillär-ethmoidale, einseitige, frontale und sphenoidale Sinusitis (Nasennebenhöhlenentzündung). Radikale chirurgische Behandlung.	8%
4	Einseitige Antrotomie.	12%
4	Audiochirurgie adhäsive Parotitis. Tympanoplastik.	12%
4	Endoskopische Chirurgie bei einseitiger Nasennebenhöhlenentzündung.	12%
4	Fremdkörper in Bronchen auf Grund vorhergehender Tracheotomie.	12%
4	Mastoidektomie.	12%
4	Myringoplastik mit Entfernung.	12%
4	Maxilläre oder maxilloetmoidale, zweiseitige, frontale und sphenoidale Sinusitis (Nasennebenhöhlenentzündung). Radikale chirurgische Behandlung.	12%
4	Tumor an Mandeln und angrenzenden Regionen. Exstirpation.	12%
4	Gaumenzäpfchen Pharyngoplastik.	12%
5	Zweiseitige Antrotomie.	18%
5	Endoskopische Chirurgie bei zweiseitiger Nasennebenhöhlenentzündung.	18%
5	Chordektomie auf endoskopischen Wege. Mikrochirurgie.	18%
5	Stapedektomie.	18%
5	Exstirpation von Zysten oder der Bildung auf Stimmband oder Epiglottis. Mikrolaryngoskopie.	18%
5	Maxilläre, interne Arterienligatur, transmaxilar.	18%
5	Mikrochirurgie Kehlkopf, Papillon, Polyp, Knoten, Zyste und Stenose betreffend.	18%
5	Myringoplastik mit retroarikulärer Behandlung.	18%
5	Paukenhöhlensklerose. Heilende Zeit.	18%
6	Abschälung durch Ranke-Ödem. Mikrolaryngoskopie.	30%
6	Epiglottektomie oder epiglotidectomia durch Mikrolaryngoskopie.	30%
6	Äußere Ethmoidektomie. Einseitig.	30%
6	Totale Labyrinthektomie.	30%

GRUPPE	EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
6	Laryngektomie.	30%
6	Wiederherstellung des Paukenhöhlen-Knöchelbeins.	30%
6	Sekundäre Septumplastik.	30%
6	Paukenhöhlensklerose. Wiederherstellende Zeit.	30%
6	Retroaurikuläre oder transmeatale Paukenhöhlenplastik.	30%
7	Laryngektomie. Jegliche Art von radikaler oder funktionaler Hals- Sezierung.	50%
7	Chirurgische Behandlung der Höhlen mit Osteoplastiken.	50%
7	Bösartige Tumore rinosinuales mit Ausräumung.	50%
Traumatologie und Orthopädie		
o	Oberflächliche und subkutane Fremdkörper. Extraktion.	1%
o	Subunguale (unter dem Finger-/ Zehennagel) Hämatome. Drainage.	1%
o	Verletzungen und Verbrennungen geringen Grades.	1%
o	Onychogryposis. Chirurgische Behandlung auf Grund von Avulsio.	1%
o	Nagelgeschwüre. Desbridamiento.	1%
o	Eingewachsener Nagel.	1%
1	Oberflächliche Fremdkörper im Gesicht oder auf Hals. Extraktion.	2%
1	Einfache Nasenfraktur der zugehörigen Nasenknochen. Korrektur.	2%
1	Reinigung und Vernähung der Kopfhaut.	2%
1	Mindere maxilläre Luxation. Unblutige Reduktion.	2%
2	Finger-/Zehenamputation, Desartikulation oder Auskugeln.	5%
2	Finger-/Zehen-Kapsulektomie.	5%
2	Schnappender Finger, Hammerzeh, Krallen-/Klauenhand, Schwanenhalsdeformität...	5%
2	Exostose. Exstirpation.	5%
2	Auf den Extremitäten sich ausbreitende Phlegmone.	5%
2	Handphlegmon.	5%
2	Phlegmon der Sehnscheiden.	5%
2	Sesamfraktur.	5%
2	Tief liegende Verletzung in Artikulation.	5%
2	Verletzungen von größerem Ausmaß und Muskelrisse. Vernähungen.	5%
2	Hygom (Überbein), Bursitis (Schleimbeutelentzündung), Ganglion oder Sinovial-Zyste. Exstirpation.	5%
2	Schulter, Ellenbogen, Knie... Orthopädischer Einsatz minderer Anästhesie.	5%
2	Osteomyelitis und Spülung.	5%
2	Pferde-/Spitzfuß, Plattfuß, X-beiniger Fuß, Hackenfuß, Senkfuß... Gipskorrektur.	5%
2	Verbrennung mittleren Grades (von 5% bis 10%). Medizinische Behandlung und Reinigung.	5%
2	Orthopädische Reduktion und Unbeweglichkeit der Colles-Fraktur.	5%

GRUPPE	EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
2	Stenosierende Tenosynovitis.	5%
3	Arthrodesse der Finger/Zehen.	8%
3	Tiefliegender Fremdkörper. Chirurgische Exzision.	8%
3	Ligament-Einriss in Fußknöchel oder Fußwurzel.	8%
3	Epicondylitis, Epitrochleitis und Styloidenitis.	8%
3	Kalkaneussporn, Morton-Neuralgie. Exzision.	8%
3	Exzision des Materials der Osteosynthese (Großer Eingriff).	8%
3	Faszektomien.	8%
3	Muskelfibrose im Gluteus, Quadrizeps...	8%
3	Knochenfraktur der Handwurzel oder Fußwurzel.	8%
3	Grundgelenk-, Mittelfußfraktur oder Verschiebung des Finger-/Zehengliedes.	8%
3	Skapuläre (Schulterblatt), klavikuläre (Schlüsselbein) Fraktur, verschobenes Radiusköpfchen.	8%
3	Hallux valgus, varus, rigidus, etc. einseitig.	8%
3	Laminäre oder epidermische Transplantation.	8%
3	Artikuläre und periartikuläre Verletzungen ohne Fraktur.	8%
3	Luxation des Peroneus. Chirurgische Technik.	8%
3	Luxation der Grundgelenke, Interphalangealgelenke, oder Sprunggelenk.	8%
3	Osteochondrom.	8%
3	Osteotomie der Hand oder des Fußes ohne Osteosynthese.	8%
3	Kleine Verbrennungen (bis 5%). Chirurgische Behandlung mit zusätzlichem Transplantat.	8%
3	Kostale Resektion.	8%
3	Sehnenriss des Obergrätenmuskels oder der Rotatorenmanschette.	8%
3	Muskelrisse.	8%
3	Einfache Sequestrotomie.	8%
3	Synovektomie Handwurzel/ -gelenk, Fußknöchel oder Finger/Zehen.	8%
3	Tendolyse, Tenosynovitis, Tenotomie, Tenodesse y Tenorrhaphie (außer Beugemuskeln).	8%
3	Tumor in den weichen und tief liegenden Teilen. Exzision.	8%
4	Akromioplastik durch Arthroskopie.	12%
4	Agnesie des Kreuzbeins.	12%
4	Sehnenverlängerung.	12%
4	Arthrodesse.	12%
4	Arthroplastik der ersten Base des Grundgelenkes.	12%
4	Arthroplastik Grund- und Interphalangealgelenke.	12%
4	Arthrodesse Schulter, Ellenbogen, Handwurzel/ -gelenk. Kürettage, Formen, Rasieren.	12%

GRUPPE	EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
4	Explorative Arthrotomie oder Exzision eines Fremdkörpers (Schulter, Ellenbogen, Handwurzel/ -gelenk, Hüfte/Lende, Knie, Fußknöchel).	12%
4	Artikularer Frei- oder Fremdkörper. Exzision durch Arthroskopie.	12%
4	Epiphyseodese.	12%
4	Hüft- und Kniebeugemuskel.	12%
4	Fraktur des Sprungbeins mit Verschiebung.	12%
4	Fraktur des Wadenbeins.	12%
4	Radialköpfchenbruch mit Verschiebung. Osteosynthese oder Prothese.	12%
4	Kalkaneusfraktur.	12%
4	Fraktur Hals Oberarmknochen.	12%
4	Fraktur kubitaler oder radialer Diaphyse mit Verschiebung.	12%
4	Tibialer Splitterbruch.	12%
4	Malleoläre Fraktur.	12%
4	Scaphoide oder semiluminare Fraktur oder Pseudoarthrose.	12%
4	Kronenförmige Olekranonfraktur oder Apophyse.	12%
4	Plättchenfraktur oder tibiale Tuberositas.	12%
4	Kniescheibenfraktur.	12%
4	Tuberositasfraktur oder überlegene Oberarm-Epiphysis.	12%
4	Fraktur der Speiche mit Verschiebung (Colles, Smith).	12%
4	Fraktur-Luxation des Sprungbeins.	12%
4	Fraktur-Luxation der Basis des ersten Grundgelenks (Bennet).	12%
4	Sternförmiges Überbein. Exzision.	12%
4	Meniskusfreilegung.	12%
4	Nervenfreilegung durch Arthroskopie.	12%
4	Luxation akromial-klavikular, esterno (Brustbein)-klavikular, Ellenbogen...	12%
4	Luxation Handwurzel/ -gelenk, mediotarsal, metatarsal...	12%
4	Wiederkehrende Luxation der Knie- und Patella.	12%
4	Luxation Tibia-Peroneus-Tarsus.	12%
4	Menisektomie.	12%
4	Osteotomie der Hand und des Fußes mit Osteosynthese.	12%
4	Osteotomie des Ober- und Unterarms.	12%
4	Patellektomie.	12%
4	Periathritis skapulär-humeral.	12%
4	Sinoviale Plikatur durch Arthroskopie.	12%
4	Klavikulare, karpale, tarsale, metakarpale, metatarsale Pseudoarthrose.	12%
4	Verbrennungen (von 5% bis 10%). Chirurgische Behandlung mit zusätzlichem Transplantat.	12%
4	Verbrennungen hohen Grades (mehr als 10%). Heilverfahren und Behandlung.	12%

GRUPPE	EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
4	Ossalzyste. Ausschabung und Implantat.	12%
4	Popliteale Zyste.	12%
4	Wiederherstellung des Kreuzbandes des Kniegelenks.	12%
4	Wiederherstellung der Seitenbänder des Kniegelenks.	12%
4	Sehnenschaden oberhalb des Schultergelenks. Behandlung durch Arthroskopie.	12%
4	Karpaltunnelsyndrom.	12%
4	Sinovektomie des Handgelenkes durch Arthroskopie.	12%
4	Sinovektomien der Schulter oder des Ellenbogens.	12%
4	Vollständige Vernähung der Sehnen. Sehnenplastiken.	12%
4	Vernähung der Hand-Beugesehne.	12%
4	Achillessehne, Sehne des Quadrizeps oder Rotula.	12%
5	Dupuytren-Krankheit.	18%
6	Vertebrale, nachträgliche Arthrodese.	30%
7	Frakturen und Luxationen der Hals-Wirbelsäule.	50%
7	Katastrophen-Hand oder -Fuß. Wiederherstellung mit oder ohne Finger- oder Zehen-Transplantat.	50%
Urologie		
0	Harnstein oder Fremdkörper in der Harnröhre. Extraktion.	1%
0	Papillome an Eichel oder im Harngang. Elektrokoagulation.	1%
1	Harnröhren-Meatotomie. Harnröhrenplastik.	2%
2	Harnröhrenabszess. Drainage.	5%
3	Transurethrale Elektrokoagulation.	8%
3	Hydrozele, Orchidektomie, Orchidopexie oder Varikozele. Einseitig.	8%
3	Samenstrangzyste. Exstirpation.	8%
3	Vesikaler (Harnblase betreffend) Wuchs oder Zystostomie.	8%
3	Samenstrangtorsion.	8%
4	Lithotripsie. Harnsteine, Fremdkörper in der Harnröhre. Extraktion durch Zystoskopie.	12%
4	Perirenal Abszess. Desbridament und Drainage.	12%
4	Zystorhagie.	12%
4	Kryptochidie, Bauchhoden.	12%
4	Hydrozele mit angeborener Hernie.	12%
4	Hydrozele, Orchidektomie, Orchidopexie oder Varikozele. Zweiseitig.	12%
4	Harninkontinenz. Vaginale Eingriffe.	12%
4	Lumbalschnitt. Biopsie.	12%
4	Nephrostomie.	12%
4	Transurethrale Resektion eines vesikalen Tumors.	12%

GRUPPE	EINWEISUNGSGRUND	ERSTATTUNGS %-SATZ
5	Harnsteine. Endoskopische Extraktion.	18%
5	Partielle Zystektomie.	18%
5	Totale Nephrektomie.	18%
5	Ureterolitotomie.	18%
6	Divertikelblase.	30%
6	Nephrotomie. Nephrolithotomie.	30%
6	Pieloplastia.	30%
6	Transurethrale Resektion einer urethralen Neubildung.	30%
6	Einseitige Uterozystoneostomie.	30%
6	Ersatzplastik am Harnleiter.	30%
6	Ureteroplastiken. Komplett-Behandlung.	30%
7	Radikal ausgeweitete Nephrektomie. Lymphadenektomie.	50%
7	Vollständige Nephroureterektomie.	50%
7	Zweiseitige Ureterozystostomie.	50%
8	Radikale Zystektomie und Ureteroileostomie.	100%

Eingeschlossene Service-Leistungen

BESCHREIBUNG DER SERVICE-LEISTUNGEN

1. 24 STUNDEN DKV GESUNDHEITS-TELEFON (LÍNEA MÉDICA)

Dieser Service bietet dem DKV-Versicherten medizinische Kundenbetreuung per Telefon. Er kann seine Sorgen und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome oder diagnostischer Proben äußern, allgemeine Gesundheitsprobleme besprechen oder sich über Arzneimittel informieren.

Wählen Sie diese Nummer: 902 499 799

2. ÄRZTLICHE ZWEITMEINUNG

Innerhalb dieses Services hat die versicherte Person oder ihr Arzt im Falle einer schweren Erkrankung Zugang zu Beratung und ärztlicher Zweitmeinung durch die besten Spezialisten der Welt. Diese Experten studieren die Krankengeschichte, bieten ihre Meinung zur Diagnose und zeigen gegebenenfalls mögliche alternative Behandlungsformen auf.

Wie bekomme ich Zugang zur Ärztlichen Zweitmeinung?

Diesen Service können Sie sowohl über lineamedica@dkvseguros.es oder telefonisch 902 499 150, nutzen, um weitere Informationen zu erhalten.

Zahlung des Services: Dieser Service wird den versicherten Personen von DKV Seguros zu einem Vorteilspreis angeboten. Der Betrag kann variieren, je nachdem, ob spanische oder internationale Ärzte konsultiert worden sind.

3. REFRAKTIVE LASERCHIRURGIE

DKV Seguros stellt ihren Versicherten über das “Red DKV de Servicios Sanitarios” ein spezielles Netz von Augenkliniken für Laser-Behandlungen bei Augenproblemen (Myopie, Weitsichtigkeit und Astigmatismus) zu günstigen Konditionen zur Verfügung.

Wie bekomme ich Zugang?

Konsultieren Sie die vertragsgebundenen Zentren unseres medizinischen Netzes, indem Sie unser Kunden-Center kontaktieren (902 499 150).

Vereinbaren Sie Ihren Besuchstermin, indem Sie direkt in dem von Ihnen gewählten Zentrum anrufen. Ab dem Moment der ersten Beratung und der Bestätigung einer Operation sollten Sie:

Diesen Service wie folgt zahlen: Es wird empfohlen direkt über Telefon mittels Bankkarte (Kredit- oder Geldkarte) zu zahlen. Optional kann die Zahlung auch per Überweisung getätigt werden.

Sobald der Zahlungseingang bestätigt wird, erhalten Sie eine Autorisierung, um in das von Ihnen gewählte Zentrum zu gehen. Diese Autorisierung ist die Garantie für die Servicenutzung und es werden in dem medizinischen Zentrum keine weiteren Zahlungen mehr fällig.

4. MEDIZINISCH UNTERSTÜTZTE FORTPFLANZUNG

DKV Seguros stellt seinen Versicherten über das “Red DKV de Servicios Sanitarios” ein spezielles Netz von Kliniken für die modernsten Behandlungen zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung zu günstigen Konditionen zur Verfügung.

Wie bekomme ich Zugang?

Konsultieren Sie die vertragsgebundenen Zentren unseres medizinischen Netzes, indem Sie unser Kunden-Center kontaktieren (902 499 150).

Zur Inanspruchnahme dieses Services benötigt die versicherte Person zunächst eine von DKV Seguros ausgestellte Autorisation, die unter der Telefonnummer 902 499 150 beantragt werden kann. Da die Bedürfnisse eines jeden Kunden sehr spezifisch sein können, wird eine individuelle Behandlung eines jeden Kunden durch ein spezialisiertes Ärzteteam garantiert.

Dieser Service ist wie folgt zu zahlen:

Es wird empfohlen direkt über Telefon mittels Bankkarte (Kredit- oder Geldkarte) zu zahlen. Optional kann die Zahlung auch per Überweisung getätigt werden.

Sobald der Zahlungseingang bestätigt wird, erhalten Sie eine Autorisierung, um in das von Ihnen gewählte Zentrum zu gehen. Diese Autorisierung ist die Garantie für die Servicenutzung und es werden in dem medizinischen Zentrum keine weiteren Zahlungen mehr fällig.

5. SERVICE ZUR NIKOTINENTWÖHNUNG

Mit diesem Service erhalten Sie zu günstigen Preisen Zugang zum Nikotinentwöhnungsprogramm “DÉJALOATRÁS[®]”, das die Unidades de Tabaquismo des “Red DKV de Servicios Sanitarios” entwickeln.

Dieses Programm besteht aus direkten, persönlichen und individualisierten Maßnahmen, ausgeführt durch speziell zur Nikotinentwöhnung ausgebildete Ärzte und Psychologen. In den Sitzungen werden die die Merkmale eines jeden Rauchers analysiert, um einen individuellen Plan auszuarbeiten, um mit dem Rauchen aufzuhören. Darüber hinaus stehen unter www.vivesintabaco.com im Internet weitere Informationen bereit.

Wie bekomme ich Zugang?

Konsultieren Sie die einzelnen Teams, indem Sie unser Kunden-Center kontaktieren (902 499 150).


Beantragen Sie vorab die Genehmigung im telefonischen Kunden-Center von DKV Seguros (902 499 150).

Dieser Service ist wie folgt zu

zahlen: Es wird empfohlen direkt über Telefon mittels Bankkarte (Kredit- oder Geldkarte) zu zahlen. Optional kann die Zahlung auch per Überweisung getätigt werden.

Preise mit Zuzahlungen, bei denen private Kunden bis zu 40% sparen.

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

Folgen Sie uns auf:  

Telefonischer Beratungsdienst durchgeführt durch:
902 499 350

DKV integralia 

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



OXFAM Intermón

Mit Intermón Oxfam, weil wir unsere Welt verbessern können.



**Empresa
Responsable**

Verantwortlich für Ihre Gesundheit
für die Gesellschaft und den Planeten



Wir sind ein exzellentes
Unternehmen