

DKV RESIDENTES

Mit einem durchdachten Krankenversicherungsschutz
das Leben in Spanien entspannt genießen

> ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN



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.

**VERSICHERUNGSPOLICE
DKV PROFESIONAL**

Avda. César Augusto, 33
50004 Zaragoza
Tel. (+34) 976 28 91 00
Fax (+34) 976 28 91 49

EINGEZAHLTES GRUNDKAPITAL: 45.059.975 EUR

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E., eingetragen im Spezialregister der spanischen Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones) durch Ministerialverordnung vom 12. Juli 1956, mit Sitz Avenida César Augusto, 33 in 50004 Zaragoza (Spanien).

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

Mod. RE CON-04306
Stand: Januar 2010

3DNPo.CG/28_V5a

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 Information und ohne verpflichtenden Charakter zur Verfügung. 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
PROGRAMM GESUNDES LEBEN "ES LEBE DIE GESUNDHEIT"	21
ZUSÄTZLICHE SERVICE-LEISTUNGEN	24
VERSICHERUNGSVERTRAG: ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN	
1. Einleitende Klausel	31
2. Grundkonzepte, Begriffsdefinitionen	33
3. Leistungsmodalitäten, Erweiterung und örtlicher Geltungsbereich der Versicherung	42
3.1 Gegenstand der Versicherung	42
3.2 Leistungsmodalitäten der Versicherung	42
3.3 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	43
3.4 Zugang zu den Versicherungsleistungen	44
3.5 Regressforderungsklausel	47
4. Versicherungsumfang	48
4.1 Ambulante medizinische Erstversorgung	48
4.2 Notfallbehandlungen	49
4.3 Medizinische Versorgung durch Fachärzte und Fachchirurgen	49
4.4 Diagnostische Verfahren	51
4.5 Therapeutische Verfahren	52
4.6 Stationäre medizinische Versorgung	53
4.7 Zusätzliche Versicherungsleistungen	55
4.8 Exklusive Versicherungsleistungen	57
4.9 Auslandsreiseversicherung	60

5.	Einschränkungen der Leistungspflicht	61
6.	Wartezeiten	66
7.	Versicherungsleistungen gemäß vereinbarter Deckungsmodalität	67
7.1	Klausel zur Fortführung des Versicherungsschutzes innerhalb der Gruppe DKV AG bei Rückkehr nach Deutschland	68
8.	Vertragsgrundlagen	69
8.1	Vertragsabschluss und Versicherungsdauer	69
8.2	Rechte und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen	70
8.3	Obliegenheiten von DKV Seguros	70
8.4	Versicherungsbeitrag	71
8.5	Verlust von Ansprüchen und Auflösung des Vertrages	72
8.6	Schriftliche Mitteilungen	73
8.7	Besondere Gesundheitsrisiken	73
8.8	Steuern und Abgaben	73
	ANHANG I: AUSLANDREISEVERSICHERUNG	74
	ANHANG II: ÜBERFÜHRUNG DES VERSTORBENEN IM TODESFALL	81
	ANHANG III: BEST CARE	84

ANMERKUNGEN DES GESCHÄFTSFÜHRERS

“In DKV Seguros mögen wir das Kleingedruckte nicht.”

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 sozialen Engagement der unternehmerischen Verantwortlichkeit 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 eine Restrukturierung der Vertragstexte ihrer Produkte vorgenommen 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 anbietet.

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 Sie ebenfalls Informationen über unsere zusätzlichen Service-Leistungen erhalten können.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen in uns.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Josep Santacreu Bonjoch
Consejero Delegado
DKV Seguros

WIR BEANTWORTEN IHRE FRAGEN

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

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

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

Wir hoffen, dass Sie Ihnen nützlich sind.

ZUM VERTRAG

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. den versicherten Personen aufgeführt werden.

WELCHE DOKUMENTE UND UNTERLAGEN ERHALTE ICH BEI ABSCHLUSS MEINER VERSICHERUNG?

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

Es ist zweckmäßig zu prüfen, ob Ihre persönlichen Daten richtig übernommen wurden.

WAS MUSS ICH NACH ERHALT DIESER UNTERLAGEN BEACHTEN?

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

Wir freuen uns, Ihnen behilflich sein zu können.

MUSS DIE VERLÄNGERUNG DES VERTRAGES MITGETEILT WERDEN?

Eine Mitteilung zur Verlängerung Ihres Vertrages ist nicht notwendig, da er sich automatisch jedes Jahr verlängert.

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

WIE WIRD MIT MEINEN PERSÖNLICHEN DATEN UMGEGANGEN?

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

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

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

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben die Möglichkeit, sich an DKV Seguros zu wenden, um Einblick in diese Daten zu erhalten, diese zu vervollständigen, zu korrigieren oder zu löschen.

LEISTUNGSMODALITÄT UND ERWEITERUNG DER VERSICHERUNG

WODURCH ZEICHNET SICH DAS PRODUKT “DKV RESIDENTES” HAUPTSÄCHLICH AUS?

Bei “DKV Residentes” handelt es sich um ein gemischtes System, bei dem Sie als versicherte Person frei entscheiden können, ob Sie

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

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

WIE BEKOMME ICH ZUGANG ZU DEN VERTRAGSGEBUNDENEN ÄRZTEN UND MEDIZINISCHEN EINRICHTUNGEN VON DKV SEGUROS?

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

WIE BEANTRAGE ICH EINE KOSTENERSTATTUNG BEI DKV SEGUROS?

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

WIE HOCH IST DIE ERSTATTUNG BEI DER INANSPRUCHNAHME NICHT VERTRAGSGEBUNDENER LEISTUNGSERBRINGER DES “RED DKV DE SERVICIOS SANITARIOS” VON DKV SEGUROS? WELCHE %-SÄTZE UND LIMITIERUNGEN SIND IN DER POLICE FESTGELEGT?

Das Produkt “DKV Residentes” erstattet - sofern nichts Gegenteiliges vereinbart ist - 100 % des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Aufwendungen, die in Spanien angefallen sind ohne Leistungsbegrenzung, bis auf die Höchstgrenzen, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police für bestimmte Fachrichtungen oder konkrete medizinische Inanspruchnahmen dargestellt sind:

› Zahnmedizinische Leistungen: differenzierte Erstattung der Rechnungsbeträge, die bei Leistungserbringern des Vertragsnetzes oder bei Leistungserbringern außerhalb des Vertragsnetzes angefallen sind bis zu einem Höchstbetrag je versicherte Person und Jahr. Hierbei wird die Summe der entstandenen Aufwendungen aus den beiden Leistungsmodalitäten Sachleistungsprinzip und Kostenerstattungsprinzip auf den Höchstbetrag angerechnet.

> Alternative und komplementäre Therapieformen: Homöopathie, Phytotherapie (Pflanzenheilkunde), Akupunktur und die Chiromassage bzw. Osteopathie werden bis zu einem Höchstbetrag pro Beratung und/oder Sitzung erstattet.

Die Aufwendungen für Phytotherapie, Akupunktur und Chiromassage bzw. Osteopathie sind darüber hinaus bis zu einer Höchstanzahl von Beratungen/Sitzungen pro versicherte Person und Jahr erstattungsfähig.

> Klinische Psychologie: bei nicht vertragsgebundenen Leistungserbringern werden die Aufwendungen bis zu einem Höchstbetrag je Beratung und/oder Sitzung und mit einer weiteren Begrenzung auf eine Höchstzahl von erstattungsfähigen Sitzungen und/oder Beratungen je versicherte Person, zusammengerechnet aus beiden Leistungsmodalitäten (Sachleistungsprinzip und Kostenerstattungsprinzip), erstattet.

> Brillenfassungen sind bis zu einem max. Höchstbetrag erstattungsfähig. Für versicherte Personen ab 15 Jahren ist eine wiederholte Erstattung frühestens zwei Jahre nach Bezug der letzten Fassung möglich.

> Maßgefertigte orthopädische Schuhe werden unter Berücksichtigung einer Zuzahlung je versicherte Person erstattet, die für versicherte Personen ab 16 Jahren höher ausfällt.

WO GILT MEINE VERSICHERUNG?

Sie können als versicherte Person Leistungserbringer und medizinische Zentren innerhalb Spaniens (und auch in Deutschland nach dem Prinzip der Kostenerstattung während eines Zeitraums von max. 100 Tagen bei Abschluss der Deckungsmodalität “Komplettschutz + Überführung + Best Care”) frei auswählen und haben Anspruch auf Erstattung für notwendige medizinische oder chirurgische Behandlungen, vorausgesetzt, dass Sie mindestens sechs Monate (183 Tage) im Jahr in Spanien ansässig sind.

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

VERSICHERTENKARTE DKV MEDI-CARD®

KANN EIN
VERTRAGSGEBUNDENER ARZT DES
“RED DKV DE SERVICIOS
SANITARIOS” VON DKV SEGUROS
NEBEN DER
KOSTENÜBERNAHMEGARANTIE
FÜR BESTIMMTE LEISTUNGEN DIE
VORLAGE MEINER
VERSICHERTENKARTE DKV MEDI-
CARD® VERLANGEN?

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

WIE HOCH IST DIE ZUZAHLUNG FÜR JEDE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG?

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

WAS PASSIERT IN DEM FALL, DASS ICH MICH IN VERTRAGSGEBUNDENEN EINRICHTUNGEN DES "RED DKV DE SERVICIOS SANITARIOS" VON DKV SEGUROS NICHT MIT MEINER VERSICHERTENKARTE DKV MEDI-CARD® AUSWEISE?

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

DKV Seguros erstattet jedoch solche Rechnungen von vertragsgebundenen Leistungserbringern des "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros in keinem Fall zurück, mit Ausnahme der Rechnungen von zahnärztlichen Leistungserbringern.

WAS MUSS ICH BEI VERLUST MEINER VERSICHERTENKARTE DKV MEDI-CARD® TUN?

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

Wir lassen Ihnen eine neue Karte zukommen.

WIE KONTAKTIERE ICH DKV SEGUROS?

Sie können sich mit dem Kunden-Center von DKV Seguros direkt telefonisch unter 902 499 499 in Verbindung setzen oder auch unsere Internet-Seiten unter www.dkvseguros.com besuchen. Selbstverständlich stehen Ihnen auch die Mitarbeiter in unseren Geschäftsstellen zur Verfügung

KOSTENÜBERNAHME-GARANTIE (AUTORISATION)

WANN BENÖTIGE ICH EINE AUTORISATION?

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

Eine Autorisation ist in keinem Fall notwendig, wenn Leistungserbringer, die nicht im medizinischen Netz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros unter Vertrag stehen, in Anspruch genommen werden. Für versicherte Personen nach der Deckungsmodalität "Basisschutz + Überführung + Best Care" ist für die Inanspruchnahme des Best Care Service in Deutschland eine Autorisation erforderlich.

FÜR WELCHE UNTERSUCHUNGEN UND LEISTUNGEN INNERHALB DES VERTRAGSNETZES “RED DKV DE SERVICIOS SANITARIOS” VON DKV SEGUROS BENÖTIGE ICH EINE AUTORISATION?

Für umfangreichere diagnostische Verfahren, Transporte im Krankenwagen, Prothesen, psychotherapeutische Sitzungen, Vorsorgeuntersuchungen, medizinische und chirurgische Behandlungen sowie für Einweisungen zu stationären Behandlungen.

Bitte setzen Sie sich bei Fragen mit uns in Verbindung.

WIE BEANTRAGE ICH EINE AUTORISATION, WENN ICH DIE GESCHÄFTSSTELLE VON DKV SEGUROS NICHT PERSÖNLICH AUFSUCHEN KANN?

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

BEITRAGSZAHLUNG

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

Die in der Police festgelegte Vertragsdauer beträgt jeweils ein Jahr, für die ein Jahresbeitrag fällig wird. Die Beitragszahlung kann jedoch monatlich erfolgen.

Außerdem kann man sich für eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Zahlungsweise mit einem entsprechendem Nachlass entscheiden.

MEDIZINISCHE LEISTUNGEN

WAS BEINHALTET DAS PROGRAMM GESUNDES LEBEN “ES LEBE DIE GESUNDHEIT?”

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

KANN ICH EINEN TAG NACH ABSCHLUSS MEINER VERSICHERUNGSPOLICE EINEN ARZT AUFSUCHEN?

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

MUSS ICH EINE AUTORISATION FÜR EINEN BESUCH BEIM FACHARZT ODER FACHCHIRURGEN BEANTRAGEN?

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

IST EINE AUTORISATION ERFORDERLICH, UM KLINISCHE PSYCHOLOGIE IN ANSPRUCH NEHMEN ZU KÖNNEN?

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

WANN KANN ICH EINEN ARZT NACH HAUSE KOMMEN LASSEN?

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

Auch Krankenschwestern bzw. -pfleger und MTA können auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung (ausgestellt durch einen Arzt) den Patienten zu Hause aufsuchen.

WERDEN VOR VERTRAGSABSCHLUSS BESTEHENDE KRANKHEITEN MIT IN DEN VERSICHERUNGSSCHUTZ AUFGENOMMEN?

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

WELCHE ZAHNMEDIZINISCHEN LEISTUNGEN SIND IM VERSICHERUNGSSCHUTZ EINGESCHLOSSEN?

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind alle zahnmedizinischen Leistungen **außer Behandlungen, die aus ästhetischen Gründen durchgeführt werden.** Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen: zahnärztliche Behandlungen wie Wurzelkanalbehandlungen, Parodontose, Kieferorthopädie, Füllungen oder Zahnplomben, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion (Apikotomie), Implantate sowie alle diagnostischen Verfahren, die zur Durchführung dieser Behandlungen notwendig sind.

WIE BEKOMME ICH ZUGANG ZU ZAHNMEDIZINISCHEN LEISTUNGEN?

Sie können als versicherte Person innerhalb Spaniens auch Zahnärzte und Zahnkliniken in Anspruch nehmen, die nicht im “Red DKV de Servicios Bucodentales” von DKV Seguros vertraglich gebundenen sind, (und auch in Deutschland während eines Zeitraums von max. 100 Tagen bei Abschluss der Deckungsmodalität “Komplettschutz + Überführung + Best Care) und haben Anspruch auf Erstattung der medizinisch notwendigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der Bedingungen, die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dargestellt sind.

Daneben stehen Ihnen die vertragsgebundenen Zahnärzte und Zahnkliniken des “Red DKV de Servicios Bucodentales” von DKV Seguros in ganz Spanien zur Verfügung. Bevor Sie den zahnmedizinischen Service zu den vorteilhaften Preisen, die im Verzeichnis “Red DKV de Servicios Sanitarios” detailliert beschrieben sind, in Anspruch nehmen können, müssen Sie sich mit Ihrer Versichertenkarte DKV Medi-Card® identifizieren und haben dann Anspruch auf volle Deckung der angefallenen Aufwendungen für zahnmedizinische Leistungen.

BESTEHT FÜR ZAHNMEDIZINISCHE LEISTUNGEN EINE HÖCHSTLEISTUNGSGRENZE JE VERSICHERTE PERSON UND JAHR?

Ja, es gibt eine jährliche Höchstleistungsgrenze, die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen pro versicherte Person und Jahr festgelegt ist. Hierauf werden die Kosten für Behandlungen nach der Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip (“Red DKV de Servicios Bucodentales”) und die Kosten für Behandlungen außerhalb des Vertragsnetzes von DKV Seguros (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip) angerechnet.

WIE VIELE PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNGEN DECKT MEINE POLICE IM JAHR AB?

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

SIND BEI “DKV RESIDENTES” ARZNEIMITTEL MIT VERSICHERT?

Arzneimittel werden bis zu einem max. Höchstbetrag je versicherte Person und Jahr erstattet, der in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt ist, vorausgesetzt, dass sie durch einen Arzt verschrieben, in einer Apotheke erworben wurden und im Arzneimittelregister aufgeführt sind und eine therapeutische Wirkung haben. Homöopathische Mittel, Impfstoffe und Mittel gegen allergische Prozesse sind ebenfalls eingeschlossen.

WELCHE ALTERNATIVEN UND KOMPLEMENTÄREN THERAPIEFORMEN SIND IM VERSICHERUNGSSCHUTZ VON "DKV RESIDENTES" EINGESCHLOSSEN?

Bei "DKV Residentes" sind die nachfolgenden Therapieformen im Versicherungsschutz eingeschlossen, vorausgesetzt, dass sie durch einen Arzt durchgeführt werden: Die Aufwendungen für Homöopathie, Phytotherapie (Pflanzenheilkunde), Akupunktur und Chiromassage oder Osteopathie werden bis zu einem Höchstbetrag pro Beratung/Sitzung - wie in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt - erstattet.

Darüber hinaus ist die Anzahl der erstattungsfähigen Sitzungen für Phytotherapie, Akupunktur und Chiromassage oder Osteopathie wie in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt - auf eine Höchstzahl von Sitzungen je versicherte Person und Jahr begrenzt.

IST DIE EPIDURALANÄSTHESIE BEI GEBURTEN MIT VERSICHERT?

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

IST BEI "DKV RESIDENTES" DER CHIRURGISCHE EINGRIFF BEI FEHLSICHTIGKEIT MIT VERSICHERT?

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

Sie können diesen Service nach einer im voraus zu leistenden Zuzahlung an DKV Seguros in Anspruch nehmen.

DECKT "DKV RESIDENTES" AUCH DIE KLINISCHE PSYCHOLOGIE AB?

Ja, die klinische Psychologie ist bei ambulanter Behandlung als individuelle psychologische Behandlung abgedeckt, vorausgesetzt sie wurde zuvor von einem medizinischen Psychiater oder Kinderarzt verschrieben, und die Behandlung wird von einem Psychologen ausgeführt. Die Leistungen sind auf eine bestimmte Anzahl von Beratungen und/oder Sitzungen je versicherte Person und Jahr begrenzt, die sich aus der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt (zusammengenommen als Summe der Sitzungen innerhalb und außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes von DKV Seguros) und zusätzlich begrenzt auf einen max. Rückerstattungsbetrag bei Behandlung außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes von DKV Seguros, der sich aus der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen

Versicherungsbedingungen ergibt und wird bei nachfolgend aufgeführten Krankheitsbildern, die einen psychologisch-therapeutischen Eingriff erfordern, gewährt:

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

UND DIE FAMILIENPLANUNG?

Ja, sowohl das Einsetzen eines Intrauterin-Pessars (IUP-Spirale, **ohne die Kosten für die Spirale**), als auch die Eileiterunterbindung, die Spiegelung der Gebärmutterhöhle und die dauerhafte Empfängnisverhütung nach dem "Essure-System" sowie die Vasektomie sind im Versicherungsschutz eingeschlossen.

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

WENN ICH MIR WÄHREND DER AUSÜBUNG EINER SPORTART EINEN BRUCH ZUZIEHE, IST DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG DANN IN MEINEM VERSICHERUNGSSCHUTZ EINGESCHLOSSEN?

Ja, sofern es sich nicht um eine professionelle Sportart, einen öffentlichen Wettkampf, Wettbewerb oder eine als Risikosportart angesehene Aktivität handelt.

IST DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG IM AUSLAND MIT VERSICHERT?

Der zusätzliche Auslandsreisenschutz garantiert Ihnen nur im Falle einer plötzlichen Erkrankung (Notfall) oder eines Unfalls die medizinisch notwendige Versorgung für max. 90 Tage je Reise oder Aufenthalt während einer Auslandsreise (vergleichen Sie Anhang I).

Ebenso haben Sie bei Abschluss der Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung + Best Care" Anspruch auf medizinische Versorgung auch in Deutschland während eines Zeitraums von max. 100 Tagen im Jahr.

WIE LAUTET DIE TELEFONNUMMER, DIE ICH BEI EINEM MEDIZINISCHEN NOTFALL IM AUSLAND WÄHLEN MUSS?

Die Telefon-Nummer für die Meldung von Notfällen im Ausland lautet 0034/91 379 04 34.

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

EINWEISUNG ZU STATIONÄREN MEDIZINISCHEN VERSORGUNGEN

WAS MUSS ICH BEI EINER GEPLANTEN STATIONÄREN BEHANDLUNG BEACHTEN?

Bei einer geplanten stationären Behandlung in einer im Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros unter Vertrag stehenden Klinik benötigen Sie eine vorherige Autorisation durch die für Sie zuständige Geschäftsstelle. Hierzu benötigen Sie eine schriftliche ärztliche Einweisung, aus der der Grund für die geplante Behandlung hervorgeht.

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

WAS MUSS ICH BEI DER NOTFALLAUFNAHME IN EIN KRANKENHAUS BEACHTEN UND WELCHE KRANKENHÄUSER KOMMEN FÜR MICH IN FRAGE?

Sie können jedes Krankenhaus wählen.

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

Sollte das Krankenhaus zum Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros gehören, muss die stationäre Aufnahme innerhalb einer Frist von 72 Stunden gemeldet werden.

WANN IST DAS BETT FÜR EINE BEGLEITPERSON IM FALLE EINER STATIONÄREN BEHANDLUNG MIT VERSICHERT?

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

Haben Sie Ihre Versicherung nach der Deckungsmodalität “Komplettschutz + Überführung + Best Care” abgeschlossen, ist bei stationären Behandlungen in Deutschland die Unterbringung in einem Einzelzimmer im Versicherungsschutz eingeschlossen.

ANREGUNGEN UND REKLAMATIONEN

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

Anregungen oder Reklamationen können schriftlich an unsere Geschäftsstellen gerichtet werden oder an unsere Kundenbetreuung der ERGO Gruppe auf dem Postweg an folgende Adresse: Servicio de Atención al Cliente del Grupo ERGO, Avenida César Augusto 33, 50004 Zaragoza, unter der Telefon-Nummer 902 499 499, per Fax unter 976 28 91 35 oder per E-Mail an atencioncliente@dkvseguros.es.

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

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

In jedem Fall ist vorher eine Beschwerde an die Kundenbetreuung Atención al Cliente der ERGO-Gruppe zu richten.

**PROGRAMM GESUNDES LEBEN
“ES LEBE DIE GESUNDHEIT”**

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

a) Die Ziele dieser Programme sind:

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

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

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

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

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

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

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

3. Diabetes. Das Programm wendet sich an Personen mit dem Risiko, an Diabetes zu erkranken. Das Hauptziel ist es, Diabetes mit Hilfe von online Betreuung vorzubeugen, den Blutzuckerwert zu kontrollieren und persönlichen Rat zur Verfügung zu stellen.

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

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

6. Vorbeugung von Allergien. Für versicherte Personen mit Allergieproblemen. Das Programm stellt Warnungen zu erwartetem Pollenflug mit dem Ziel zur Verfügung, allergische Krisen zu reduzieren oder zu vermeiden.

7. Vorbeugung von Brustkrebs. Alle versicherten Frauen über 35 Jahre. Das Ziel ist die effektive Brustkrebsvorbeugung oder die möglichst frühzeitige Erkennung. Das Programm stellt persönlichen Rat zur Verfügung und gibt Empfehlung zu den effektivsten Aktivitäten einer jeden versicherten Person.

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

c) Zugang:

Der Zugang zu diesen Programmen ist ausschließlich **über das Internet www.viveladsalud.com** möglich.

Weitere Informationen erhalten Sie **unter der Telefonnummer 902 499 499.**

ZUSÄTZLICHE SERVICE-LEISTUNGEN

A) SERVIPLUS RESIDENTES

Der Abschluss der Krankenversicherung "DKV Residentes" gibt den versicherten Personen Zugang zu ergänzenden zusätzlichen Service-Leistungen, wie im folgenden beschrieben.

Die Details für den Zugang zu diesen Service-Leistungen sowie deren Kosten - die in einigen Fällen kostenlos sind und in anderen Fällen zu vorteilhaften Konditionen angeboten werden, sie sind jedoch nicht in den Prämien für die Versicherung enthalten - finden Sie in den Ärzte- und Klinikverzeichnissen, die DKV Seguros jährlich herausgibt und auf ihrer Internetseite www.dkvseguros.es veröffentlicht.



1. SERVICES VON E- SALUD MEDIZINISCHE FERNBETREUUNG

1.1 Beratungsservice 24 Stunden

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

1.2 Arztberatungsservice DKV 24 Stunden

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

1.3 Medizinischer Telefonservice "Kinderkrankheiten" 24 Stunden

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

1.4 Medizinischer Telefonservice "Kindliche Fettleibigkeit"

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

1.5 Medizinischer Telefonservice “Schwangerschaft”

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

1.6 Medizinischer Telefonservice “Frauenkrankheiten”

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

1.7 Medizinischer Telefonservice “Ernährungsberatung”

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

1.8 Medizinischer Telefonservice “Reisen in Tropengebiete”

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

1.9 Virtueller Arzt DKV Medizinischer Beratungsservice per Internet

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

BERATUNGSSERVICE BEI “SCHWEREN KRANKHEITEN”

1.10 Ärztliche Zweitmeinung

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

Diese Spezialisten beurteilen die Krankengeschichte und die Diagnose und zeigen ggf. mögliche alternative Behandlungsformen auf.

1.11 Zweitmeinung bei bioethischen Fragen

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

2. TELEFONISCHES BERATUNGSZENTRUM

Generelle Informationen und Autorisationen

Die bei DKV Seguros versicherten Personen können sich in unserem telefonischen Kunden-Center über das Ärzte- und Klinikverzeichnis informieren, sie können Autorisierungen beantragen, Policen oder Service-Leistungen unseres Unternehmens abschließen sowie Anregungen oder Beschwerden anbringen, ohne persönlich bei der Geschäftsstelle vorbeigehen zu müssen.

3. BEHANDLUNGSANGEBOTE

3.1 Refraktive Laser-Chirurgie bei Fehlsichtigkeit (Kurz- und Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmungen)

DKV Seguros stellt den versicherten Personen innerhalb ihres Vertragsnetzes "Red de Servicios Sanitarios" ein Spezialnetz von spezialisierten Augenkliniken, die auf die refraktive Laserchirurgie bei Fehlsichtigkeit spezialisiert sind (Kurz- und Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmungen) zu vorteilhaften ökonomischen Bedingungen zur Verfügung.

3.2 Medizinisch unterstützte Fortpflanzung

DKV Seguros stellt den versicherten Personen innerhalb ihres Vertragsnetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" ein Netz von auf modernste Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung spezialisierte Kliniken zu vorteilhaften ökonomischen Bedingungen zur Verfügung und gleichzeitig den Zugang **zu Verfahren der Einfrierung von Eizellen, des Spermas und von Embryonen.**

3.3 Einlagerung der Stammzellen aus dem Nabelschnurblut

DKV Seguros stellt den versicherten Personen zu vorteilhaften ökonomischen Bedingungen die Möglichkeit zur Verfügung, Stammzellen, die während der Geburt durch einen/r Gynäkologen/in aus dem Nabelschnurblut ihres Sohnes oder ihrer Tochter entnommen wurden, in einem vertraglich gebundenen Labor einzulagern, damit sie bei Bedarf von ihren Kindern oder einem Familienangehörigen genutzt werden können.

3.4 Service zur Tabakentwöhnung

Diese Service-Leistung gewährt Zugang zu einem Programm zur Tabakentwöhnung zu vorteilhaften ökonomischen Bedingungen "Besser leben ohne Tabak" (DEJALO ATRÁS[®]), das unser Team "Tabakentwöhnung" innerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros entwickelt.

Das Programm zur Entwöhnung besteht aus einigen individuell abgestimmten Interventionen, die von einem therapeutischen Team, dem Mediziner und Psychologen angehören, durchgeführt werden. Bei den Interventionen werden die Merkmale eines jeden Rauchers analysiert, um einen persönlichen Plan auszuarbeiten, damit das Hauptziel erreicht wird: mit dem Rauchen aufzuhören.

Darüber hinaus verfügt der Service über Informationen im Web www.vivesintabaco.com.

4. MEDIZINISCHE UND ÄSTHETISCHE SERVICE-LEISTUNGEN

DKV Seguros stellt ihren versicherten Personen ein Netz von Leistungserbringern mit einem umfangreichen Angebot von ästhetischen Lösungen maximaler Qualität zur Verfügung, um damit ihr Wohlbefinden und die Lebensqualität zu verbessern. Dieser Service umfasst:

- > Behandlungen von Hautproblemen
- > Diagnose und Behandlung von Haarproblemen
- > Ästhetische Behandlung von oberflächlichen Krampfadern

5. WELLNESS PROGRAMME

5.1 Hydrotherapie, Kurbäder und städtische Spa-Zentren

DKV Seguros versorgt ihre versicherten Personen mit Kurbehandlungen, die in öffentlich deklarierten Mineralbädern durchgeführt werden. Der therapeutische Heilerfolg wird garantiert durch Temperatur, Druck, chemische Zusammensetzung, Radioaktivität, bakterielle Flora und gelöste Gase.

5.2 Rückenschule und Körpertraining nach Pilates

Um Formen gesunder Lebensweise zu erwerben und Fehlstellungen des Rückrates sowie Rückenschmerzen zu vermeiden, stellt DKV Seguros ihren versicherten Personen Kurse der Rückenschule und Zugang zu Kursen des Körpertrainings nach Pilates zu vorteilhaften ökonomischen Bedingungen zur Verfügung.

Es ist bekannt, dass die Ursachen für Rückenschmerzen mannigfaltig sind, und wir wissen, dass diese Krankheitsbeschwerden sehr häufig vorkommen. Deshalb ist es leicht zu verstehen, wie wichtig es ist, einige korrekte Stellungsgewohnheiten anzunehmen und den Lebensstil anzupassen, um die Schmerzen abzuwenden.

5.3 Anti-Stress Therapien (Thai Chi und Yoga)

Mit dem Ziel, die Gesundheit zu fördern, bietet DKV Seguros den versicherten Personen die Möglichkeit an, Anti-Stress Therapien durchzuführen die dazu dienen, künftige Gesundheitsprobleme zu vermeiden. Diese Therapien bestehen in Kursen von Thai Chi und Yoga, zu denen die versicherten Personen von DKV Seguros Zugang zu vorteilhaften Preisen haben.

6. SERVICES DER FAMILIENUNTERSTÜTZUNG

6.1 Sozi-sanitäre Leistungen zu Hause

DKV Seguros stellt den versicherten Personen einen sozi-sanitären Service zu Hause zur Verfügung. Dieser Service stellt mittels geprüften qualifizierten Personals eine Reihe von nützlichen Service-Leistungen zur Verfügung für Personen, die in ihrer selbstständigen Lebensführung oder Mobilität eingeschränkt sind, für Personen in einer nachoperativen Phase zu Hause sind und für Personen mit Schwierigkeiten beim Aufstehen, Ankleiden und Bereiten der täglichen Nahrung, die damit auf fremde Hilfe angewiesen sind.

6.2 Altersresidenten und Tageskliniken

DKV Seguros stellt den versicherten Personen Zugang zu einem Netz von Residentenwohnheimen und Tageskliniken, die von hoch qualifiziertem Personal geleitet werden und eine umfassende Betreuung garantieren, zur Verfügung. Das Personal besteht z.B. aus Ärzten, Krankenpflegern, Physiotherapeuten, Psychologen oder Beschäftigungstherapeuten. Dieser Service garantiert den Zugang zu Zentren für Kurzzeit- als auch für Langzeitaufenthalte sowie Tageskliniken.

6.3 Teleassistenz zu Hause fix und mobil

DKV Seguros stellt ihren versicherten Personen den Zugang zu mobilen und festinstallierten Telefon-Anlagen zur Verfügung, die ständig mit einer Zentrale verbunden sind. Es handelt sich um einen speziell angepassten individuellen Service an einer spezifischen Datenstation, wo Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr innerhalb oder außerhalb der Wohnung zur Verfügung stehen.

6.4 Service-Leistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes

DKV Seguros stellt den versicherten Personen eine Sammlung von Artikeln, die sich mit der Anpassung des Wohnumfeldes an ihre Bedürfnisse befassen, zur Verfügung. Diese Produkte erlauben es, den Zugang und die Mobilität in allen Ecken ihres Hauses zu verbessern.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

1.

EINLEITENDE KLAUSEL

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

Die Aufsicht über die Versicherungstätigkeit von DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. (im Folgenden "DKV Seguros") mit Sitz Avenida César Augusto 33 in 50004 Zaragoza, obliegt dem Königreich Spanien, und zwar dem Wirtschaftsministerium, vertreten durch die spanische Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen "Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones".

Vertragsbestandteile sind der Versicherungsantrag, die Gesundheitserklärung, die Allgemeinen, die Besonderen und Speziellen Versicherungsbedingungen sowie die Zusatzvereinbarungen und Nachträge, die hierzu ausgefertigt werden. Gesetzesänderungen oder Hinweise auf gesetzliche Vorschriften bedürfen nicht der Zustimmung.

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

An jede Geschäftsstelle von DKV Seguros oder an den Kundendienst der ERGO Gruppe auf dem Postweg: Atención al Cliente del Grupo ERGO, Avenida César Augusto 33, 50004 Zaragoza oder per Telefon 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 der ERGO Gruppe zur Einsicht bereit.

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

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

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

2.

GRUNDKONZEPTE. BEGRIFFSDEFINITIONEN

Für den vorliegenden Versicherungsvertrag gelten folgende Begriffsdefinitionen (Alphabetische Reihenfolge nach übersetzten deutschen Begriffen)

A

AKUPUNKTUR

Auf der Traditionellen Chinesischen Medizin beruhendes medizinisches Verfahren zur Stimulierung bestimmter Körperpunkte zu therapeutischen Zwecken. In der Regel durch das Einstechen von Nadeln in die Haut.

ALTERNATIVE UND KOMPLEMENTÄRE THERAPIEVERFAHREN

Alle therapeutischen Verfahren und Methoden, die gegenwärtig nicht zur konventionellen Schulmedizin gezählt werden.

AMBULANTE CHIRURGISCHE EINGRIFFE

Alle chirurgischen Eingriffe, die in einem Operationssaal unter lokaler oder örtlicher Betäubung, Vollnarkose oder unter Verabreichung eines Beruhigungsmittels durchgeführt werden und bei denen lediglich eine kurze postoperative Beobachtung notwendig ist. Der Patient kann wenige Stunden nach dem Eingriff wieder entlassen werden und bedarf keiner stationären Behandlung.

ANGEBORENE KRANKHEITEN, MISS- ODER FEHLBILDUNGEN BZW. DEFEKTE

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

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

ANTIANGIOGENESEFAKTOREN

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

ARZT

Examiniertes Arzt oder Doktor der Medizin mit gesetzlich gültiger Zulassung für die medizinische oder chirurgische Behandlung von Krankheiten oder Verletzungen, die die versicherte Person während der Gültigkeitsdauer seiner Police erleidet.

ARZTHONORARE

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

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

B**BEGRENZUNGSKLAUSEL**

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

BEITRAG

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

BEST CARE

Mit dieser Dienstleistung garantiert DKV Seguros bei bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen die Behandlung durch einen anerkannten Spezialisten in Deutschland innerhalb von wenigen Tagen.

BIOLOGISCHES MATERIAL

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

C**CHIROMASSAGE ODER CHIROPRAKTIK**

Manuelle Therapie der Wirbelsäule, des Gewebes, des Skeletts und des Muskelapparates zu therapeutischen Zwecken, durchgeführt von einem auf dieses Verfahren spezialisierten Arzt oder einem Physiotherapeuten in einer dafür geeigneten Einrichtung.

CHIRURGISCHER EINGRIFF

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

CHIRURGISCHE EINGRIFFE MIT KURZEM STATIONÄREM AUFENTHALT

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

CHIRURGISCHE PROTHESE

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

D

DKV VERTRAGSNETZ (LEISTUNGSMODALITÄT SACHLEISTUNGSPRINZIP)

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

E

ENZYMINHIBITOR

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

G

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

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

GENETISCHE THERAPIEN

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

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

H

HILFSMITTEL

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

HOMÖOPATHIE

Medizinisches Verfahren zur Heilung einer Krankheit. Anregung der körpereigenen Abwehr- und Selbstregulierungskräfte durch die Verabreichung von kleinsten Dosierungen aus Pflanzenextrakten und Mineralen.

I**IMPLANTATE**

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

IMMUNTHERAPIE

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

K**KARDIOLOGISCHE REHABILITATION**

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

KLINISCHER PSYCHOLOGE

Auf klinische Psychologie spezialisierter examinierter Psychologe.

KLINISCHE PSYCHOLOGIE

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

KRANKENHAUS ODER KLINIK

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

KRANKHEIT ODER VERLETZUNG

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

L**LEBENSBEDROHLICHER NOTFALL**

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

“LEISTUNGSÜBERSICHT DER DECKUNGEN UND LIMITIERUNGEN” ALS ANHANG ZU DEN BESONDEREN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
Schriftliches Dokument als Anhang zu den Besonderen

Versicherungsbedingungen, das zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Vertragsbestandteil ist und gemeinsam überreicht wird. Es beschreibt die Deckungen und Begrenzungen des Versicherungsschutzes, den der Versicherungsnehmer abgeschlossen hat.

M

MEDIKAMENTE

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

MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Behandlung der versicherten Personen durch gemäß den gesetzlichen Bestimmungen ausgebildetes medizinisches Fachpersonal.

MEDIZINISCHE VOLLVERSORGUNG

Hierunter fallen alle medizinischen Fachrichtungen und medizinischen Leistungen in den Modulen ambulante medizinische Erstversorgung, medizinische Behandlung durch Fachärzte und Fachchirurgen und ergänzende diagnostische und therapeutische Verfahren und stationäre medizinische Versorgung.

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

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

MODALITÄT EINZELVERSICHERUNG

Im Sinne der Vertragsschließung wird die Versicherung als Modalität Einzelversicherung bezeichnet, wenn mindestens eine Person und maximal neun Personen versichert sind, die alle unabhängig vom versicherten Interesse verbunden sind und normalerweise Familienmitglieder ersten Grades (das Familienoberhaupt, sein Ehepartner oder Lebenspartner und seine nicht selbstständigen Kinder unter 30 Jahren, sofern sie in häuslicher Gemeinschaft leben) sind. Ihre Versicherungsdeckung darf in keinem Fall durch obligatorischen Zugang (colectivo cerrado) oder freiwillig (colectivos abiertos o cofinanciados) zu Vertragskonditionen, die DKV Seguros vorab mit einem Kollektivpartner vereinbart hat, zustande gekommen sein.

MTA / KRANKENPFLEGEPERSONAL

Medizinisch Technische Assistenten oder staatlich anerkannte Krankenschwestern oder -pfleger.

N

NEUGEBORENENVERSORGUNG

Alle medizinischen und chirurgischen stationären Versorgungen eines Neugeborenen während der ersten vier Lebenswochen (28 Tage), die von einem Arzt oder Chirurgen durchgeführt werden.

NICHTSTATIONÄRE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Medizinische Versorgung in Arztpraxen, beim Patienten zu Hause oder in Krankenhäusern oder Kliniken ohne stationären Aufenthalt (Übernachtung).

Die große ambulante Chirurgie fällt nicht hierunter.

NICHT VERTRAGSGEBUNDENE LEISTUNGSERBRINGER

(LEISTUNGSMODALITÄT
KOSTENERSTATTUNGSPRINZIP)
Ärzte, medizinische Fachkräfte und Einrichtungen, die nicht im Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros vertraglich gebunden sind.

O

ORTHOPÄDISCHES MATERIAL UND ORTHESEN

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

OSTEOSYNTHESEMATERIAL

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

P

PHYTOTHERAPIE (PFLANZENHEILKUNDE)

Ausschließlich diejenigen diagnostischen Verfahren, die durch einen auf diese Behandlungsform spezialisierten Arzt durchgeführt werden. Phytotherapeutische Medikamente sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

POLICE

Der Versicherungsvertrag. Dokument, das die Allgemeinen, Besonderen und Speziellen Vertragsbedingungen sowie Anhänge und Zusätze beinhaltet.

Der Versicherungsantrag und der Gesundheitsfragebogen sind Bestandteil der Police.

PSYCHOTHERAPIE

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

R

RADIKALE CHIRURGIE

Chirurgischer Eingriff an der Brust nach einer Krebsdiagnose.

REGENERATIVE MEDIZIN

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

REHABILITATION

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

ROBOTERCHIRURGIE

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

S

SCHADENSFALL, VERSICHERUNGSFALL

Kosten für die medizinisch notwendigen Behandlungen, die auf dieselbe Ursache zurückzuführen sind und ganz oder teilweise unter den Leistungsumfang der Police fallen.

Als gleicher Versicherungsfall ist die Gesamtheit der medizinischen Leistungen, die auf die gleiche Ursache zurückzuführen sind, anzusehen.

SCHMERZTHERAPIE

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

SELBSTBEHALT

Pro ärztlicher Behandlung festgelegter Betrag, der vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person für die Inanspruchnahme des Vertragsnetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros zu entrichten ist.

SPEZIALSTATION

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

STATIONÄRE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

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

STATIONÄRER AUFENTHALT AUS SOZIALEN ODER FAMILIÄREN GRÜNDEN

Stationäre Betreuung oder Versorgung bei Krankheitsbildern, die nach Urteil eines Arztes von DKV Seguros keiner stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Klinik bedürfen.

STATIONÄRER AUFENTHALT ZUR MEDIZINISCHEN ODER CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG

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

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

SYNTHETISCHES ODER NATÜRLICHES MATERIAL

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

Zu regenerativen Zwecken verwandte Zelltransplantate sind hierbei eingeschlossen.

U

ÜBERFÜHRUNG

Stirbt die versicherte Person, übernimmt DKV Seguros die Kosten für die Vorbereitung und die Überführung des Leichnams von dem Ort in Spanien, an dem sich die versicherte Person bei Eintritt des Todes befand bis zum dem internationalen Flughafen, der dem Bestattungsort in Deutschland am nächsten liegt.

UNANFECHTBARKEIT DER POLICE

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

UNFALL

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

V

VERKEHRSunFALL

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

VERSICHERER

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E.

VERSICHERTENKARTE

Dokument, das Eigentum von DKV Seguros ist und jeder versicherten Person ausgehändigt wird. Diese Karte ist nicht übertragbar und muss bei Inanspruchnahme der Vertragspartner des "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros vorgelegt werden.

VERSICHERTE PERSON

Person, die medizinische Leistungen in Anspruch nimmt.

VERSICHERUNGsalTER

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

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.

VERSICHERUNGSMEDIZINISCHER ZUSCHLAG

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

VERSICHERUNGSNEHMER

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

VERTRAGSGEBUNDENE LEISTUNGSERBRINGER (LEISTUNGSMODALITÄT SACHLEISTUNGSPRINZIP)

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

VORERKRANKUNG

Vorerkrankung ist der medizinische Zustand (z.B. Schwangerschaft, Entbindung) oder die Gesundheitsstörung, der/die vor Vertragsabschluss oder vor Einschluss in die Versicherung vorliegt und der/die normalerweise durch Krankheitssymptom wahrgenommen wird, unabhängig davon, ob eine medizinische Diagnose besteht oder nicht.

W**WARTEZEIT**

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

Z**ZYTOSTATIKUM**

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

3.

LEISTUNGSMODALITÄTEN, ERWEITERUNG UND ÖRTLICHER GELTUNGSBEREICH DER VERSICHERUNG

3.1 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

DKV Seguros garantiert den versicherten Personen im Rahmen dieser Allgemeinen, Besonderen Versicherungsbedingungen und der “Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen” als Anhang dazu, der Speziellen Versicherungsbedingungen und aufgrund der Angaben im Gesundheitsfragebogen, dass sie die medizinischen und chirurgischen Leistungen bei Erkrankungen und Verletzungen in den beschriebenen Fachrichtungen und in Abhängigkeit von der abgeschlossenen Deckungsmodalität gewährt, wenn der entsprechende Beitrag entrichtet wurde.

Wissenschaftliche Fortschritte auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapeutik in der medizinischen Wissenschaft, die während der Gültigkeitsdauer dieser Versicherungspolice gemacht werden, können mit in den Versicherungsschutz aufgenommen werden, sofern sie durch die spanischen Behörden zur Bewertung der medizinischen Technologien (Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias) der jeweiligen Gesundheitsministerien der autonomen

Regionen oder durch den Gesundheitsminister mittels eines Berichts positiv anerkannt werden.

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

3.2 LEISTUNGSMODALITÄT DER VERSICHERUNG

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

- > Alle in der Police beschriebenen Versicherungsleistungen können über das “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros in ganz Spanien in Anspruch genommen werden (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip). Vor der Behandlung ist dem Leistungserbringer zur Identifikation die Versichertenkarte DKV Medi-Card® vorzulegen und falls notwendig, eine entsprechende Kostenübernahmegarantie (Autorisation).

› Freie Wahl von Ärzten oder medizinischen Einrichtungen, die nicht im “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros vertragsgebunden sind.

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

DKV Seguros erstattet Rechnungen von vertragsgebundenen Leistungserbringern des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros in keinem Fall zurück mit Ausnahme der Rechnungen von zahnmedizinischen Leistungserbringern.

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

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

3.3 GELTUNGSBEREICH DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

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

Für die Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip gilt Versicherungsschutz innerhalb Spaniens und bei Abschluss der Deckungsmodalität “Komplettschutz + Überführung + Best Care” auch in Deutschland während eines Zeitraums von max. 100 Tagen, vorausgesetzt, dass die versicherte Person sechs Monate (183 Tage) im Jahr in Spanien ansässig ist. Wird dieser Wohnsitz außerhalb Spaniens verlegt, gilt der Versicherungsschutz lediglich bis zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres.

3.4 ZUGANG ZU DEN VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

SPEZIELLE REGELUNG ZUR INANSPRUCHNAHME DER VERTRAGSGEBUNDENEN LEISTUNGSERBRINGER.

VERSORGUNG INNERHALB DES VERTRAGSNETZES “RED DKV DE SERVICIOS SANITARIOS”:

a) DKV Seguros händigt dem Versicherungsnehmer sowie allen mitversicherten Personen die Versichertenkarte DKV Medi-Card® zu ihrer Identifikation gegenüber den Leistungserbringern aus. Weiterhin erhält der Versicherungsnehmer das Ärzte- und Klinikverzeichnis des “Red DKV de Servicios Sanitarios”, von DKV Seguros in dem alle im Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen, Ärzte, medizinischen Einrichtungen, Diagnostik-Zentren, Notfallaufnahmen, Krankenhäuser, Kliniken, andere medizinische Zentren sowie zahnmedizinische Vertragspartner unter Angabe der jeweiligen Adresse und Öffnungszeiten oder Sprechstunden aufgeführt sind.

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

Im Allgemeinen handelt es sich bei Leistungen ohne Kostenübernahmegarantie (Autorisation) um die ambulante medizinische Erstversorgung, um Besuche bei Fachärzten und

Fachchirurgen, um Notfallbehandlungen und um einfache diagnostische Verfahren.

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

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

d) Rechnungen von vertragsgebundenen Leistungserbringern des “Red DKV de Servicios Sanitarios” erstattet DKV Seguros in keinem Fall zurück, mit Ausnahme der Rechnungen von zahnmedizinischen Leistungserbringern. Ebenso werden Kosten für Leistungen in keinem Fall von DKV Seguros übernommen, wenn nicht vorher die entsprechend notwendige Autorisation ausgestellt wurde.

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

Möglicherweise werden Sie auch aufgefordert, Ihren Personalausweis bzw. ein anderes offizielles Identifikationsdokument (Reisepass o.ä.) vorzulegen.

DKV Seguros stellt Autorisationen erst auf schriftliche Verordnung eines Arztes und nach einer angemessenen verwaltungstechnischen Prüfung aus, außer es handelt sich um eine Leistung, die nicht durch die Police abgedeckt ist.

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

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

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

f) Autorisationen können telefonisch im Kunden-Center unter der Nummer 902 499 499, per Fax unter 902 499 000, per Internet www.dkvseguros.com oder bei unseren Geschäftsstellen beantragt werden.

SPEZIELLE REGELUNG ZUR INANSPRUCHNAHME DER NICHT VERTRAGSGEBUNDENEN LEISTUNGSERBRINGER (KOSTENERSTATTUNG).

VERSORGUNG AUSSERHALB DES DKV VERTRAGSNETZES "RED DKV DE SERVICIOS SANITARIOS":

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

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

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

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

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

c) Die Erstattung von Kosten erfolgt folgendermaßen:

> Nach Einreichen des Erstattungsformulars mit Originalarztberichten und Originalrechnungen über die erfolgte Behandlung erstattet DKV Seguros die angefallenen Kosten entsprechend dem Prozentsatz und den Begrenzungen in den Allgemeinen und/oder Besonderen Versicherungsbedingungen in Verbindung mit der anhängenden “Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen”.

> “DKV Residentes” erstattet, wenn DKV Seguros mit dem Versicherungsnehmer nichts Anderes vereinbart hat, 100 % des Gesamtrechnungsbetrages für Kosten innerhalb Spaniens (und auch in Deutschland während eines Zeitraums von max. 100 Tagen im Jahr bei Abschluss der Deckungsmodalität “Komplettschutz + Überführung + Best Care”) — außer für zahnmedizinische Leistungen von nicht vertragsgebundenen Leistungserbringern, wo sich die Erstattung aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt.

Weiterhin gelten gemäß den Bestimmungen der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen vom Versicherten zu leistende Selbstbehalte oder Höchstleistungsgrenzen für bestimmte Fachgebiete und / oder Service-Leistungen (vergleichen Sie Artikel 4 “Versicherungsumfang”).

> Der Erstattungsbetrag wird auf das vom Versicherten genannte Konto überwiesen. Diese Überweisungsart ist rechtskräftig und befreit DKV Seguros von der Leistungspflicht.

> Die Kosten für Übersetzung von Berichten, Rechnungen oder Arzthonoraren trägt DKV Seguros, vorausgesetzt, dass es sich um Englisch, Deutsch, Französisch oder Portugiesisch handelt.

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

3.5 REGRESSFORDERUNGSKLAUSEL

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

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

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

4.

VERSICHERUNGSUMFANG

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

4.1 AMBULANTE MEDIZINISCHE ERSTVERSORGUNG

Allgemeinmedizin: ambulante Heilbehandlung in einer Praxis oder zu Hause und die Verordnung von einfachen diagnostischen Verfahren. Hierin eingeschlossen sind Laboruntersuchungen (ausgeschlossen Hormon- und Immunproben) und konventionelle Radiologie.

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

Es finden die gleichen Kriterien Anwendung wie in der Allgemeinmedizin.

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

Transport im Krankenwagen: in Notfällen umfasst diese Versicherungsleistung alle Transporte auf dem Landweg von dem Ort, an dem sich die versicherte Person befindet bis zum Krankenhaus und umgekehrt, immer dann, wenn besondere körperliche Umstände es nicht ermöglichen, herkömmliche Transportmittel (wie öffentliche Verkehrsmittel, Taxi oder Privatwagen) zu benutzen.

Ebenso im Versicherungsschutz eingeschlossen sind Transporte im Inkubator und die Transporte im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

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

4.2 NOTFALLBEHANDLUNGEN

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

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

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

Notfallbehandlung im Krankenhaus: ambulante Notfallversorgung in einem Krankenhaus oder einer Klinik.

4.3 MEDIZINISCHE VERSORGUNG DURCH FACHÄRZTE UND FACHCHIRURGEN

Allergologie und Immunologie. Inklusive der Kosten für Impfungen und Impfmittel bei allergenen Prozessen.

Die Kosten werden im Rahmen des Höchstsatzes für Medikamente erstattet.

Anästhesie und Reanimation. Inklusive der Epiduralanästhesie.

Angiologie und Gefäßchirurgie.

Verdauungsapparat.

Kardiologie und Kreislaufsystem. Inklusive der kardiologischen Rehabilitation nach akutem Myokardinfarkt.

Kardiovaskularchirurgie.

Allgemeine Chirurgie und Chirurgie des Verdauungsapparates.

Mund- und Kieferchirurgie.

Kinderchirurgie.

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

Eingriffe zu ästhetischen Zwecken sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, sofern es sich nicht um die Wiederherstellung der weiblichen Brust nach einer radikalen Brustamputation handelt. In diesem Fall umfasst der Versicherungsschutz auch die Kosten für die Brustprothese, falls erforderlich.

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

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

Medizinische und chirurgische Dermatologie.

Endokrinologie und Ernährung.

Geriatric (Altersheilkunde).

Gynäkologie. Umfasst die Diagnose und die Behandlung von Frauenkrankheiten. Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die jährliche Vorsorgeuntersuchung, die Familienplanung, die Diagnostizierung von Unfruchtbarkeit und Sterilität.

Verfahren zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung gehen zu Lasten der versicherten Person (vergleichen Sie Artikel 4.7 “Zusätzliche Service-Leistungen”).

Hämatologie und Hämotherapie.

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

Innere Medizin.

Nuklearmedizin.

Nephrologie. (Behandlung von Nierenkrankheiten).

Neonatologie. (Behandlung von Früh- und Neugeborenen).

Pneumologie – Atmungsapparat.

Neurochirurgie.

Neurologie.

Obstetrik. Umfasst die Kontrolle während der Schwangerschaft und die Geburtshilfe mit einem Höchstbetrag je versicherte Person und Jahr, der sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt.

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind Triple-Tests oder EBA-Tests, die Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) oder Chorionbiopsie zur Untersuchung von Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fötus bis zu einem maximalen Betrag je versicherte Person und Jahr für beide Konzepte, der sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt.

Zahnmedizin. Inklusive aller zahnmedizinischen Leistungen, sofern sie nicht zu ästhetischen Zwecken durchgeführt werden (vergleichen Sie Artikel 4.8 “Exklusive Versicherungsleistungen”).

Augenheilkunde. Inklusive Hornhauttransplantationen sowie die Nutzung der Laserchirurgie, ausgenommen jedoch zur Korrektur von Fehlsichtigkeit (Kurz- oder Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmungen). Diese gehen zu Lasten der versicherten Person (vergleichen Sie Artikel “Zusätzliche Service-Leistungen”).

Onkologie.

Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde:

Inklusive der Chirurgie der Nasenhöhlen und der Nasenmuschel mit Hilfe von Radiofrequenztherapie und der Laserbehandlung im Operationssaal, **außer bei chirurgischer Behandlung des Schnarchens, des obstruktiven Schlafapnoesyndroms oder bei Uvulopalatoplastik.**

Proktologie. Inclusive Laserchirurgie bei rektalem und hämorrhoidalem Krankheitsgeschehen.

Psychiatrie. Hauptsächlich Behandlungen auf Grundlage der Neurobiologie.

Rehabilitation. Behandlungen in einem geeigneten Rehabilitationszentrum, die unter der Anleitung eines auf Rehabilitation spezialisierten Arztes oder von Physiotherapeuten durchgeführt werden.

Rheumatologie.**Traumatologie / Unfallchirurgie.**

Inclusive der Arthroskopie, perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse.

Urologie. Inclusive Wiederherstellung des Beckenbodens wegen Harnflusses, Vasektomie (Sterilisation des Mannes) sowie die Untersuchung auf Zeugungsfähigkeit.

4.4 DIAGNOSTISCHE VERFAHREN

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

Laboruntersuchungen. Anatomische Pathologie und Zytopathologie.

Radiodiagnostik. Inclusive aller gewöhnlichen Verfahren der Diagnostischen Radiologie wie Allgemeine Radiologie, Computertomografien, Kernspintomografien und Knochendensitometrie (Knochendichtemessung).

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

Fiberbronchoskopie. Diagnostizierung oder therapeutische Behandlung.

Kardiologische Diagnostik.

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

Schließt außerdem die kardiologische Diagnose mittels der Herz-Tomografie (TC64) nach einem akuten Herzinfarkt und postoperativer Herzpathologie ein.

Neurophysiologie.

Elektroenzephalogramm, Elektromyogramm etc.

Schlafdiagnostik. Polysomnografie bei pathologischen Erscheinungsbildern auf Verordnung eines Facharztes.

Interventionelle, invasive und viszerale Radiologie.

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

Positronenemissionstomografie (PET) und Single-Photon-Emissions-Tomografie (SPECT): zur onkologischen Diagnostik nach allgemein anerkannten klinischen Erkenntnissen.

4.5 THERAPEUTISCHE VERFAHREN

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

Die Kosten für Medikamente sind bei ambulanter medizinischer Behandlung im Versicherungsschutz eingeschlossen bis zu dem generellen jährlichen Höchstsatz für Medikamente.

Analgesie und Schmerzbehandlung. Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch auf Techniken der Schmerzbehandlung spezialisierte Einrichtungen sowie die dazu notwendigen Medikamente bis zum jährlichen Gesamthöchstbetrag. (vergleichen Sie Artikel 4.8 “Exklusive Versicherungsleistungen”).

Radiumtherapie. Inklusive des medizinischen Linearbeschleunigers, der Kobalttherapie, radioaktiver Isotope und stereotaktischer Radioneurochirurgie.

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

Dialyse und Blutdialyse. Sowohl ambulante als auch stationäre medizinische Behandlung bei Niereninsuffizienz. .

Medizinische Fußpflege. Behandlung der Füße.

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

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

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

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

Blut- oder Blutplasmatransfusionen, im Rahmen einer stationären Behandlung.

Physiotherapie. Zur Durchführung von Physiotherapien ist eine vorherige Verordnung eines Facharztes (Traumatologe, Unfallchirurg, Rheumatologe, Rehabilitationsarzt oder Neurologe) notwendig, und sie muss von speziell für Physiotherapie ausgebildeten Fachkräften und in dafür geeigneten Rehabilitationszentren durchgeführt werden.

Lasertherapie und heilmagnetische Behandlung, angewendet zur Rehabilitation.

Zertrümmerung von Nieren- und Harnsteinen (Lithotripsie).

Logopädie und Phoniatrie.

Behandlung bei Sprachstörungen und Stimmproblemen aufgrund von organischen Beeinträchtigungen.

Onkologische Chemotherapie:

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

Im Hinblick auf Medikamente übernimmt DKV Seguros die Kosten für alle Zytostatika, die auf dem spanischen Markt vertrieben werden und jeweils vom spanischen Gesundheitsministerium genehmigt worden sind und wie sie im Artikel 2 "Grundkonzepte. Begriffsdefinitionen" unter dem Punkt "Zytostatikum" beschrieben sind. Es sind eingeschlossen die Medikamente für die intravesikale Instillation und die Immuntherapie bis zum generellen jährlichen Höchstbetrag, der für Arzneimittel vorgesehen ist.

4.6 STATIONÄRE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

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

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

Außerdem eingeschlossen sind:

- > Onkologische Behandlungen: Radiumtherapie, Brachytherapie und Chemotherapie.
- > Lithotripsie (Zertrümmerung von Nieren- und Blasensteinen).
- > Dialyse und Blutdialyse.
- > Chirurgische Eingriffe der durch die spanische Ärztekammer OMC (Organización Médica Colegial) festgelegten Gruppen II bis VIII, ausschließlich in klinischen Einrichtungen.
- > Ambulante Operationen.
- > Interventionelle, invasive und viszerale Radiologie.
- > Techniken der Familienplanung: Eileiterunterbindung, Vasektomie und die dauerhafte Empfängnisverhütung nach dem "Essure-System".
- > Stereotaktische Radioneurochirurgie.
- > Arthroskopie.

- > Chirurgie der Nasenhöhlen und der Nasenmuschel mit Hilfe von Radiofrequenztherapie.
- > Im Operationssaal durchgeführte Lasertherapie der Augen, Proktologie, periphere Gefäßchirurgie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.
- > Perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse.
- > Chirurgische Prothesen.
- > Krankenhaustagegeldzahlung wegen stationärem Aufenthalt.

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

Sofern es sich um einen der nachfolgend aufgeführten Fälle handelt:

1. Stationäre Behandlung

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

2. Stationäre Behandlung zur chirurgischen Intervention.

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

3. Stationäre Einlieferung zur Geburtshilfe.

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

4. Stationäre Behandlung von Kindern unter 14 Jahren. Schließt die konventionelle Behandlung durch den Kinderarzt als auch die Behandlung im Inkubator ein.

5. Stationäre Aufnahme zur psychiatrischen Behandlung.

Eingeschlossen ist die psychotherapeutische Behandlung durch einen medizinischen Psychiater. Im Versicherungsschutz sind lediglich akute Fälle eingeschlossen. Die Leistungspflicht ist auf eine max. Dauer der stationären Behandlung pro Kalenderjahr begrenzt, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dargelegt ist. Angerechnet auf die

Höchstleistungsdauer werden alle Aufenthaltstage zusammen, sowohl die im medizinischen Netz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros als auch außerhalb des Netzes verbracht wurden.

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

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

4.7 ZUSÄTZLICHE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Präventivmedizin. Inklusive der nachfolgend aufgeführten allgemein anerkannten Vorsorgeprogramme:

1. Gesundheitsprogramm für Kinder. Dies schließt ein:

- > Schwangerschaftsgymnastik und psychologische Geburtsvorbereitung, inklusive theoretischer und praktischer Unterricht in Kinderkrankenpflege.
- > Gesundheitsuntersuchungen des Neugeborenen: inklusive Untersuchung auf Stoffwechselerkrankungen (Phenylketonurie und angeborene Hypothyreose), Hör- und Sehtest, Gehöruntersuchung bei Neugeborenen (Screening) sowie Ultraschall des Neugeborenen.

> Impfungen: die in Spanien für Kinder obligatorisch vorgesehenen Programme.

> Regelmäßige Untersuchungen zur körperlichen und geistigen Kontrolle der Entwicklung des Kindes während der ersten vier Lebensjahre.

2. Programm zur Krebsvorsorge bei Frauen. Dies schließt ein:

- > Regelmäßige gynäkologische Untersuchungen zur Früherkennung von Brust- oder Gebärmutterhalskrebs.
- > Jährlich gynäkologische Vorsorgeuntersuchung. Bestehend aus der Kontrolluntersuchung, Kolposkopie, Zytologie, gynäkologischem Ultraschall und Mammografie nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen.

3. Programm zur Prävention des koronaren Risikos.

Dies schließt ein:

- > Jährliche kardiologische Basisvorsorgeuntersuchung, bestehend aus einer Kontrolluntersuchung, Blut- und Urinanalyse, Thoraxradiografie und einem Elektrokardiogramm.
- > Belastungs-EKG, falls notwendig.

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

Dies schließt ein:

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

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

Dies schließt ein:

- > Ärztliche Beratung und Untersuchung.
- > Blut- und Urinanalyse, mit Bestimmung des prostataspezifischen Antigens.
- > Transrektaler Ultraschall und / oder Prostata-Biopsie, falls notwendig.

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

Dies schließt ein:

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

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

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

Wenn die versicherte Person Leistungserbringer außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros nutzt, besteht pro psychotherapeutischer Sitzung eine Erstattungsgrenze, und es gibt eine Höchstanzahl an erstattungsfähigen Sitzungen pro versicherte Person und Jahr (Summe der Sitzungen innerhalb und außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes von DKV Seguros), die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt ist.

Familienplanung. Dies schließt die nachfolgend aufgeführten Leistungen ein:

- > das Einsetzen einer IUP – Spirale.
Die Kosten für das Intrauterin-Pessar sind von der versicherten Person zu tragen.
- > Eileiterunterbindung.

- > dauerhafte Empfängnisverhütung nach dem Essure-System mit den Begrenzungen hinsichtlich der Deckungen des in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten prothetischen Materials (vergleichen Sie Artikel "Chirurgische Prothesen").
- > Vasektomie (Sterilisation des Mannes).

Chirurgische Prothesen:

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die Verordnung und das Einsetzen von Gelenkprothesen (Schulter-, Hüft-, Knie-, Knöchel- und Fußgelenk), Gefäßprothesen (Herzklappen, Bypass, Stent, temporärer oder permanenter Herzschrittmacher und automatischer Desfibrillator) und Gelenkendoprothesen (innere Metallplatten und Schrauben) und die Mikrospirale nach dem Essure-Verfahren.

Außerdem Versicherungsschutz eingeschlossen sind Osteosynthesematerial, Kunststoffnetze bei Verletzungen der Bauchdecke, äußere Festhalter (Fixateur externe), intraokulare Linsen, Hodenprothese bei Orchidektomie nach onkologischen Behandlungen oder Unfall und Brustprothesen, sofern es sich um die Wiederherstellung nach einer radikalen Mastektomie handelt.

Für die Versorgung mit Prothesen gilt eine Höchstleistungsgrenze je versicherte Person und Jahr, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt ist. Auf diese Höchstgrenze werden sowohl Kosten, die im medizinischen Netz "Red DKV de

Servicios Sanitarios" von DKV Seguros als auch außerhalb dieses verursacht wurden, angerechnet.

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

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

4.8 EXKLUSIVE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Medikamente. Aufwendungen für pharmazeutische Produkte, die im Arzneimittelregister (Vademécum Internacional) aufgeführt sind, werden zu 100 % bis zu einem in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen je versicherte Person und Jahr festgelegten Höchstsatz erstattet, vorausgesetzt dass sie durch einen Arzt verschrieben, in einer Apotheke erworben und zu therapeutischen Zwecken eingenommen werden.

Impfstoffe, Mittel gegen allergische Prozesse und homöopathische Mittel sind ebenfalls im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind öffentlich beworbene oder Produkte von geringem therapeutischen Nutzen, wie zum Beispiel Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Produkte, Hygieneartikel und Artikel zur Körperpflege.

Hilfsmittel. Nach vorheriger ärztlicher Verordnung sind Hilfsmittel wie Verbandmittel, Brillengläser erstattungsfähig. Brillenfassungen sind bis zu einem Höchstbetrag, der sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt, im Versicherungsschutz eingeschlossen. (bei Personen ab 15 Jahren frühestens zwei Jahre nach Bezahlung der letzten Fassung).

Orthopädisches Material. Erstattungsfähig sind Einlagen zur Korrektur der Füße, Gehhilfen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Kontaktlinsen, Korrekturschienen, Kunstglieder, Sitzschalen, orthopädische Apparaturen zur Stützung des Oberkörpers sowie der Hände und Beine. Ebenso im Versicherungsschutz eingeschlossen sind maßgefertigte orthopädische Schuhe, wobei eine Selbstbeteiligung in Abhängigkeit des Alters der versicherten Person zu entrichten ist, die sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt.

Besondere Hilfsmittel: Rollstühle, Sauerstoffgeräte, Inhalationsapparate, Geräte zur Schlaftherapie, Überwachungsmonitore für Neugeborene und Säuglinge, Infusionsgeräte, elektrische Lesehilfen, Krückstock, Blindenstock, Blindenführhund (einschließlich Orientierungs- und Mobilitätstraining).

Zum Erwerb dieser Hilfsmittel ist eine vorherige Autorisation durch DKV Seguros erforderlich. DKV Seguros kann den versicherten Personen diese Hilfsmittel unmittelbar zur vorübergehenden Benutzung bereitstellen.

Ebenso werden den versicherten Personen Kosten für die Reparatur dieser Hilfsmittel erstattet, außer es handelt sich um Sohlen oder Absätze von maßgefertigten orthopädischen Schuhe.

Die max. Erstattungshöhe für Besondere Hilfsmittel ist in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt. Es werden auf diesen Höchstbetrag sowohl die Kosten, die bei Inanspruchnahme der medizinischen Leistungserbringer des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros als auch die Kosten, die bei freier Wahl des Leistungserbringers angefallen sind, angerechnet.

Zahnmedizin: Im Versicherungsschutz von "DKV Residentes" eingeschlossen sind alle zahnmedizinischen Leistungen wie Wurzelkanalbehandlungen, Parodontose, Kieferorthopädie, Füllungen, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion (Apikotomie), Implantate sowie alle diagnostischen Mittel, die zur Durchführung dieser Behandlungen notwendig sind.

Behandlungen aus ästhetischen Gründen sind ausgeschlossen.

Die versicherte Person kann nicht vertragsgebundene Zahnärzte und zahnmedizinische Einrichtungen des "Red DKV de Servicios Bucodentales" von DKV Seguros innerhalb Spaniens (und auch in Deutschland während eines Zeitraums von max. 100 Tagen im Jahr bei Abschluss der Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung + Best Care") aufsuchen und hat Anspruch Rückerstattung der Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen entsprechend der Festlegungen in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen.

Daneben kann die versicherte Person auch die mit DKV Seguros unter Vertrag stehenden zahnmedizinischen Leistungserbringer des "Red DKV de Servicios Bucodentales" von DKV Seguros, das in ganz Spanien zur Verfügung steht nach Vorlage ihrer DKV Medi-Card® aufsuchen, um zahnmedizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen und hat das Recht auf Rückerstattung der Kosten zu 100 %.

Die Summe der erstattungsfähigen Aufwendungen für alle zahnmedizinischen Leistungen, sowohl solche, die von DKV Vertragspartnern als auch jene, die von nicht vertragsgebundenen Leistungserbringern erbracht wurden, ist auf einen Höchstbetrag begrenzt, der sich aus der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt.

Alternative und komplementäre Therapieverfahren. Die Versicherungsdeckung von "DKV Residentes" umfasst ausdrücklich die nachfolgend aufgeführten alternativen und komplementären Therapieformen, vorausgesetzt, dass sie von einem Arzt durchgeführt werden. Die Erstattung erfolgt bis zu einem max. Betrag pro Beratung/Sitzung und ergibt sich aus der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen.

Zusätzlich gibt es für Phytotherapie, Akupunktur und Chiromassage und Osteopathie eine Jahreshöchstgrenze der Zahl von Beratungen/Sitzungen je versicherte Person, die sich aus der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt.

› Homöopathie: Rückerstattung bis zu einem Höchstbetrag je Beratung oder Sitzung, ohne jährliche Höchstleistungsgrenze für die Zahl der erstattungsfähigen Behandlungen/Sitzungen.

- > Akupunktur: Rückerstattung bis zu einem Höchstbetrag je Beratung oder Sitzung mit Begrenzung auf eine erstattungsfähige max. Zahl von Beratungen/Sitzungen je versicherte Person und Jahr.
- > Phytotherapie: Rückerstattung bis zu einem Höchstbetrag je Beratung oder Sitzung mit Begrenzung auf eine erstattungsfähige max. Zahl von Beratungen/Sitzungen je versicherte Person und Jahr.
- > Chiromassage und/oder Osteopathie: Rückerstattung bis zu einem Höchstbetrag je Beratung oder Sitzung mit Begrenzung auf eine erstattungsfähige max. Zahl von Beratungen/Sitzungen je versicherte Person und Jahr, zusammengenommen aus beiden Therapieformen.

4.9 AUSLANDSREISEVERSICHERUNG

Für Reisen und vorübergehende Aufenthalte im Ausland sieht die Versicherung einen weltweiten Auslandsreiseschutz von max. 90 Tagen je Reise oder Aufenthalt vor. Die Versicherungsleistungen dieses Auslandsreiseschutzes werden in Anhang I der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen detailliert aufgeführt. Diese Deckung werden nur unter vorherigem Anruf unter der Telefonnummer 0034/ 91 379 04 34 gewährt.

5.

EINSCHRÄNKUNGEN DER LEISTUNGSPFLICHT

Vom allgemeinen Versicherungsschutz dieser Police ausgeschlossen sind:

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

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

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

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

b) Alle von der Wissenschaft als medizinisch nicht wirkungsvoll oder sicher anerkannten diagnostischen und therapeutischen Verfahren sowie solche Verfahren, die nicht durch die spanischen Behörden zur Bewertung

der medizinischen Technologien (Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias) ratifiziert wurden oder die eindeutig durch andere verfügbare Verfahren als überholte Verfahren manifestiert wurden.

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

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

anderen eindeutig gefährlichen Sportart verursacht werden.

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

f) Schönheitschirurgie sowie alle anderen zu ästhetischen oder kosmetischen Zwecken durchgeführten Infiltrationen oder Behandlungen, es sei denn, es liegt eine Funktionsstörung des betroffenen Körperteils vor (rein psychologische Gründe sind hierbei nicht ausreichend).

Weiterhin vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Varizenbehandlungen aus ästhetischen Gründen, ambulante oder stationär durchgeführte Schlankheitskuren sowie allgemeine ästhetische Behandlungen der Haut, Behandlung der Haare oder ästhetische Zahnbehandlungen.

Ebenso ausgeschlossen vom Versicherungsschutz ist die chirurgische Korrektur von Fehlsichtigkeiten wie Kurz- oder Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmungen sowie Orthokeratologie.

g) Alternative und komplementäre Therapieformen, die von einem Arzt durchgeführt oder nicht ausdrücklich in Artikel 4.8 (“Exklusive Versicherungsleistungen”) dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind sowie alle andere Behandlungsformen, die offiziell nicht anerkannt sind, wie die im Folgenden aufgeführten Lymphdrainage, Mesotherapie, Gymnastik, Osteopathie, Hydrotherapie, dreifasige Oxygentherapie, Pressotherapie, Ozontherapie und weitere vergleichbare Leistungen.

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

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

Ebenso ausgeschlossen sind Aufenthalte in Freizeit- oder Entspannungszentren sowie Diätzentren. Weiterhin ausgeschlossen sind Einweisungen in geschlossene Abteilungen, außer im Fall von akuten Geistesstörungen, und stationäre Aufenthalte aus sozialen oder familiären Gründen oder stationäre Behandlungen, für die eine ambulante oder häusliche Betreuung ausreichend ist.

i) Positronenemissionstomografie (PET) und die Single-Photon Emissions-Tomografie (SPECT), außer zu der in Artikel 4.4 “Diagnostischen Verfahren” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Behandlungen.

j) Medizinisch-chirurgische Behandlungen des Schnarchens oder des obstruktiven Schlafapnoesyndroms sowie Radiotherapie, die nicht ausdrücklich in Artikel 4.5 “Therapeutische Verfahren” aufgeführt sind.

k) Präventivmedizin, Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen im Allgemeinen, außer den in Artikel 4.7 “Zusätzliche Versicherungsleistungen” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten besonderen Vorsorgeprogrammen.

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

m) Alle Prothesen, Implantate und anatomischen Teile (Körperstrukturen), sofern sie nicht ausdrücklich in Artikel 4 “Versicherungsumfang” der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

Ebenso sind ausgeschlossen Kunstherzen, Hautersatz, Transplantate der Wirbelsäule, Biomaterie und/oder natürliches, synthetisches und orthopädisches Material.

n) Hilfsmittel, orthopädisches Material, natürliches Material, medizinische Apparate oder Geräte, notwendige Sanitärartikel (z.B. elektrische Heizdecken, Massagegeräte etc.), die nicht ausdrücklich in Artikel 4.8 "Exklusive Versicherungsleistungen" dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

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

p) Psychiatrie und klinische Psychologie: alle Behandlungen, diagnostische Verfahren oder Therapien, die nicht den Kriterien einer neurobiologischen oder pharmakologischen Behandlung entsprechen, wie Psychoanalyse, Hypnose, psychologische Tests, Narkohypnose, Entspannungs- oder Schlafkuren.

Außerdem ausgeschlossen sind die Psychotherapie für Gruppen oder Paare, psychologische und psychomotorische Tests, die psychosoziale oder neuropsychiatrische Rehabilitation, die edukative oder kognitiv-konduktuale Therapie bei Sprach-

und Schreibschwächen, und bei andersartigen Entwicklungsstörungen, außer den Behandlungsmethoden, die ausdrücklich im Artikel 4.7 (Versicherungsumfang der klinischen Psychologie) eingeschlossen wurden.

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

r) Regenerative Medizin, biologische Medizin, die Immuntherapie oder biologische Therapie, die Genterapie oder genetische Therapie und deren Anwendungen.

Darüber hinaus sind jegliche experimentelle versuchsweise Behandlungen sowie aus Barmherzigkeit erfolgte Behandlungen und diejenigen, die sich in allen klinischen Erprobungsphasen befinden, ausgeschlossen.

s) Medizinische Versorgung aufgrund einer HIV-Infektion, einer Erkrankung an AIDS und allen anderen Erkrankungen, Folgen oder Komplikationen, die in diesem Zusammenhang entstehen.

t) Roboterchirurgie und alle Laser-Behandlungen, sofern es sich nicht um Rehabilitation, Proktologie, periphere Gefäßchirurgie, Augenheilkunde und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde handelt, die mit dem in Artikel 4 "Beschreibung des Versicherungsumfanges" Aufgeführten einhergehen.

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

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

w) Pharmaka oder Arzneimittel von geringem therapeutischen Nutzen oder solche, die nicht im Arzneimittelregister (Vademécum Internacional) aufgeführt sind. Homöopathische Mittel sind jedoch im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Die onkologische Chemotherapie deckt nur die Kosten der entsprechenden zytostatischen Medikamente und Immunschwäche behandelnde Medikamente, die detailliert in "Zytostatikum" in Artikel 2 "Grundkonzepte. Definitionen"

aufgeführt sind. Ausdrücklich ausgeschlossen bei diesem Konzept ist die Genterapie und damit zusammenhängende Medikamente (Hormontherapie, Enzyminhibitor und/oder Molekulartherapie, Geriatria und der Gebrauch von Sensibilisatoren).

Weiterhin ausgeschlossen sind öffentlich beworbene Produkte, phytotherapeutische Arzneimittel (pflanzliche Heilmittel), Nahrungsmittel, Aufbaupräparate, natürliche Mineralwässer, Pflege-, Kosmetik- oder Hygieneprodukte, Produkte zur Körperpflege und Badezusätze.

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

Ebenso ausgeschlossen sind Reiz stimulierende Behandlungen, häusliche Rehabilitation oder stationäre Aufenthalte zur Durchführung von Rehabilitation.

y) Untersuchungen zur Bestimmung des genetischen Profils zu prognostischen oder vorbeugenden Zwecken sowie alle anderen genterapeutischen, molekularen oder diagnostischen Verfahren oder Behandlungen mittels Genterapie. Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist lediglich die Bestimmung des Karyotyps (Chromosomensatz).

6.

WARTEZEITEN

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

Abweichend vom vorher genannten generellen Prinzip ist für folgende Versicherungsleistungen eine Wartezeit, die sich aus der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt, zu erfüllen:

1. Für alle chirurgischen Eingriffe und stationären Behandlungen einschließlich chirurgischer Prothesen - unabhängig von ihrer Ursache und Art. Lebensbedrohliche Notfälle oder Unfälle sind hiervon ausgeschlossen.
2. Für die Assistenz bei jeglicher Art von Geburt (auch Frühgeburten) oder durch Kaiserschnitt.

3. Für Zahnprothesen und Kieferorthopädie.

4. Für Transplantationen.

5. Bei Bestehen der Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung + Best Care": für Leistungen nach dem Service Best Care.

Die Wartezeiten sind sowohl für medizinische Leistungen innerhalb des Netzwerkes "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros als auch für Leistungen außerhalb dieses Netzwerkes zu erfüllen.

7.

VERSICHERUNGSLEISTUNGEN GEMÄß VEREINBARTER DECKUNGSMODALITÄT

Für die unter Artikel 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Versicherungsleistungen kann bei Vertragsabschluss zwischen drei Deckungsmodalitäten gewählt werden:

KOMPLETTSCHUTZ

Medizinische Versorgung innerhalb Spaniens gemäß Darstellung im Abschnitt 4 (Beschreibung des Leistungsumfangs) dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

KOMPLETTSCHUTZ + ÜBERFÜHRUNG DES VERSTORBENEN

Zusätzlich zur medizinischen Versorgung innerhalb Spaniens (Komplettschutz) ist bei dieser Deckungsmodalität die Überführung des Verstorbenen von dem Ort, an dem sich der Versicherte bei Eintritt des Todes befindet bis zu dem internationalen Flughafen, der dem Bestattungsort in Deutschland am nächsten liegt, im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Detaillierte Information zur Überführung des Verstorbenen befindet sich in Anhang II der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

KOMPLETTSCHUTZ + ÜBERFÜHRUNG DES VERSTORBENEN + BESTCARE

Zusätzlich zu dem im Rahmen der Deckungsmodalität “Komplettschutz + Überführung von Verstorbenen” garantierten Versicherungsschutz verleiht diese Variante den Versicherten Anspruch auf den Best Care – Service. Diese Dienstleistung garantiert bei bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen die Behandlung durch einen anerkannten Spezialisten in Deutschland innerhalb von wenigen Tagen. Detaillierte Information hierzu befindet sich in Anhang III der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Ebenso im Versicherungsschutz dieser Deckungsmodalität mit inbegriffen sind Behandlungen und Verfahren, die in Deutschland während eines vorübergehenden Aufenthaltes von max. 100 Tagen im Jahr durchgeführt werden, immer wenn der gewöhnliche Aufenthalt der versicherten Person sich über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten (183 Tage im Jahr) in Spanien befindet und sofern sie in Artikel 4 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt

sind. Für stationäre Behandlungen bei schwerwiegenden Erkrankungen gilt eine Höchstleistungsdauer von vier Monaten.

7.1. KLAUSEL ZUR FORTFÜHRUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES INNERHALB DER GRUPPE DKV AG BEI RÜCKKEHR NACH DEUTSCHLAND

Entscheidet sich die versicherte Person dazu, nach Deutschland zurückzukehren und hat die Versicherung nach “DKV Residentes” drei volle Versicherungsjahre bestanden, hat die versicherte Person nach Antragstellung Anspruch auf Fortführung ihrer Police “DKV Residentes” als “Basistarif” der privaten Krankenversicherungen, die die DKV AG ihren Kunden ab 2009 anbietet.

Die Umwandlung erfolgt auf Grundlage der zu diesem Zeitpunkt geltenden versicherungsmathematischen Kriterien.

Der Antrag auf Umwandlung muss mindestens zwei Monate vor Ablauf der Police “DKV Residentes” gestellt werden.

Ein im Rahmen von “DKV Residentes” vereinbarter versicherungsmedizinischer Zuschlag kann für das neue Versicherungsverhältnis in Betracht gezogen werden.

8.

VERTRAGSRUNDLAGEN

8.1 VERTRAGSABSCHLUSS UND VERSICHERUNGSDAUER

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

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

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

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

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

Nach Ablauf jedes Versicherungsjahres wird die Police automatisch um ein Jahr verlängert. Sowohl DKV Seguros als auch der Versicherungsnehmer können unter Einhaltung einer Frist von mindestens zwei Monaten vor Ablauf des laufenden Jahres schriftlich kündigen.

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

Der Verzicht auf Kündigung seitens DKV Seguros setzt das Einverständnis des Versicherungsnehmers über die jährliche Beitragsanpassung voraus.

Beitragsanpassungen werden gemäß den unter Artikel 8.4 aufgeführten versicherungsmathematischen Kriterien erstellt und mitgeteilt.

8.2 RECHTE UND OBLIEGENHEITEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS ODER DER VERSICHERTEN PERSONEN

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen sind verpflichtet:

- a) alle die Einschätzung des zu versichernden Wagnisses möglicherweise beeinflussenden Umstände wahrheitsgetreu und gewissenhaft anzugeben.
- b) DKV Seguros alle während der Laufzeit der Vertrages auftretenden Umstände so früh wie möglich und umgehend mitzuteilen, die gemäß des vor Vertragsabschluss ausgefüllten Gesundheitsfragebogens zu einer Risikoveränderung führen. Dabei handelt sich um solche Umstände, die, wenn sie DKV Seguros bei Vertragsabschluss bekannt gewesen wären, das Zustandekommen der Versicherungspolice entweder verhindert oder zur Vereinbarung von schwerwiegenderen Bedingungen geführt hätten.
- c) DKV Seguros einen Wohnort- oder Berufswechsel umgehend mitzuteilen.

d) alle ihm zur Verfügung stehenden Mittel zur Heilung einer Erkrankung oder Verletzung zu nutzen.

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

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

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

8.3 OBLIEGENHEITEN VON DKV SEGUROS

Neben den versicherten medizinischen Leistungen gemäß der in der Police beschriebenen Modalität stellt DKV Seguros dem Versicherungsnehmer die Versicherungspolice oder ggf. eine provisorische Police zur Bestätigung des bestehenden Versicherungsschutzes zur Verfügung.

Jede versicherte Person erhält eine Versichertenkarte zu ihrer Identifikation als DKV Seguros Kunde sowie das Ärzte- und Klinikverzeichnis des "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros für die jeweilige autonome Region Spaniens, in der die versicherten Personen ansässig sind. In diesem

Verzeichnis sind alle medizinischen Einrichtungen, Notfalldienste und Ärzte sowie deren jeweilige Adresse, Öffnungszeiten oder Sprechstunden aufgeführt.

8.4 VERSICHERUNGSBEITRAG

Der Versicherungsnehmer ist dazu verpflichtet, den Erstbeitrag oder die Einmalprämie bei Vertragsabschluss zu entrichten.

Die darauf folgenden Beiträge werden zum jeweils festgelegten Zeitpunkt fällig.

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

In diesem Fall wird der entsprechende Ratenzuschlag erhoben.

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

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

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

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

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

Wird der Vertrag nicht gemäß den 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 DKV Seguros der Beitrag für den Zeitraum zu, in dem der Versicherungsschutz wegen Nichtzahlung aufgehoben war.

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

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

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

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

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

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

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

Ebenso ist die Festlegung der Versicherungsbeiträge abhängig von Alter und Geschlecht der zu versichernden Personen. In einigen Bereichen erfolgt eine Einteilung nach Altersgruppen.

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

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

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

Der Versicherungsnehmer wird von DKV Seguros schriftlich über die jährliche Beitragserhöhung in Kenntnis gesetzt und kann zwischen der Weiterführung des Versicherungsvertrages oder Kündigung zum Ende des Versicherungsjahres wählen. Eine schriftliche Kündigung des Vertrages muss DKV Seguros fristgemäß vorgelegt werden.

8.5 VERLUST VON ANSPRÜCHEN UND AUFLÖSUNG DES VERTRAGES

Das Versicherungsverhältnis kann von DKV Seguros aufgelöst werden, wenn folgende Umstände vorliegen:

a) Bei vom Versicherungsnehmer oder versicherten Personen nicht wahrheitsgetreu angegebenen oder bewusst verschwiegenen Umständen im Gesundheitsfragebogen.

b) Bei einer Erhöhung des Risikos, die DKV Seguros nicht vorher vom Versicherungsnehmer oder den versicherten Personen mitgeteilt wurde.

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

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

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

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

8.6 SCHRIFTLICHE MITTEILUNGEN

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

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

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

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

8.7 BESONDERE GESUNDHEITSRISIKEN

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

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

8.8 STEUERN UND ABGABEN

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

ANHANG I: AUSLANDSREISEVERSICHERUNG

1. EINLEITENDE BESTIMMUNGEN

1.1 VERSICHERTE PERSONEN

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

1.2 GELTUNGSBEREICH DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Die Versicherungsschutz gilt weltweit und auch in Spanien, in Spanien bei Aufhalten nach Überschreiten der Grenze der Provinz, in der sich der Wohnsitz der versicherten Person befindet. In einigen Fällen umfasst der Versicherungsschutz Deckungen und Serviceleistungen nur während Reisen, bei der sich die versicherte Person außerhalb Spaniens befindet, hierauf wird durch besondere Klausel im Versicherungsvertrag eindeutig hingewiesen.

1.3 DAUER DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

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

1.4 GÜLTIGKEIT

Die versicherte Person kann die Leistungen des Versicherungsschutzes nur in Anspruch nehmen, wenn ihr gewöhnlicher Wohnsitz in Spanien liegt und die Abwesenheit von diesem gewöhnlichen Wohnsitz durch Reise oder vorübergehende Aufenthalte außerhalb der Wohnung einen Zeitraum von 90 aufeinander folgenden Tagen nicht überschreitet.

2. BESCHREIBUNG DER LEISTUNGEN

2.1 MEDIZINISCHE LEISTUNGEN

2.1.1 Unmittelbare medizinische Behandlungskosten

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

Der Versicherer übernimmt die Kosten für medizinisch-chirurgische Behandlungen, für durch einen Arzt verschriebene Medikamente, für stationäre Behandlungen und Krankentransporte, die durch eine während der Reise ins Ausland eingetretene Erkrankung oder als Folge eines Unfalls notwendig werden, bis zu einem Höchstbetrag von 12.000 EUR.

2.1.1.2 Kosten für zahnmedizinische Notfälle

Wenn während der Reise akute zahnmedizinische Probleme wie Entzündungen, Zahnschmerzen oder Verletzungen auftreten, welche eine Notfallbehandlung erfordern, übernimmt der Versicherer die durch die Behandlung entstehenden Kosten bis maximal 150 EUR nach Vorlage der entsprechenden Zahnarztrechnung.

2.1.2 Mittelbare Kosten

2.1.2.1 Kosten für die Verlängerung eines Hotelaufenthaltes

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

2.1.2.2 Überführung oder Verlegung

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

a) Die Kosten des Transportes im Krankenwagen bis zum nächstgelegenen Krankenhaus.

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

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

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

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

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

2.1.2.3 Überführung der sterblichen Überreste und Rücktransport von versicherten Begleitpersonen

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

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

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

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

2.2 ANDERE GEWÄHRLEISTUNGEN

2.2.1 Überführung oder Verlegung von anderen versicherten Personen

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

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

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

2.2.2 Reise einer Begleitperson

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

2.2.3 Vorzeitige Rückkehr zum gewöhnlichen Wohnsitz

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

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

2.2.4 Medikamentenversand

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

2.2.5 Medizinische Telefonberatung

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

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

2.2.6 Hilfe bei der Suche nach verlorenen Gepäckstücken

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

2.2.7 Dokumentenversand

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

2.2.8 Kosten für einen Rechtsbeistand und Vorschuss einer Prozessbürgschaft im Ausland

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

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

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

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

2.2.9 Reiseinformation

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

2.2.10 Übermittlung von Nachrichten

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

3. VERTRAGSBESCHRÄNKUNGEN

3.1 AUSSCHLÜSSE

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

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

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

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

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

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

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

3.1.8 Die Kosten der Beerdigung und der Grabzeremonie.

4. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der zugrunde liegenden Krankenversicherung, deshalb fordern sie diese an, soweit Ihnen die aktuelle Fassung nicht vorliegt.

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

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

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

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

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

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

Um die Leistungen des Versicherers, die mit den vorgenannten Deckungen verbunden sind, zu erhalten, ist es unabdinglich, dass die versicherte Person die Einschaltung beantragt im Augenblick des Eintritts des Ereignisses und sich an folgende Telefonnummer wendet (es gibt auch Rückrufmöglichkeit) 00 34 91 379 04 34.

ANHANG II: ÜBERFÜHRUNG DES VERSTORBENEN IM TODESFALL

EINLEITENDE BESTIMMUNGEN

VERSICHERTE PERSONEN

In Spanien ansässige Ausländer, die bei DKV Seguros krankenversichert sind.

GELTUNGSBEREICH UND DAUER DER VERSICHERUNG

Der Geltungsbereich erstreckt sich auf Spanien. Die Dauer der Versicherung entspricht derjenigen der Krankenversicherung "DKV Residentes".

VERSICHERTE LEISTUNGEN

1. ÜBERFÜHRUNG VON VERSTORBENEN

Im Todesfall übernimmt der Versicherer alle Kosten und anfallenden Formalitäten für die Vorbereitung und die Überführung des Leichnams von dem Ort in Spanien, an dem sich der Versicherte bei Eintritt des Todes befand bis zum dem internationalen Flughafen, der dem Bestattungsort in Deutschland am nächsten liegt.

Die Bestattungskosten sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

2. BEGLEITPERSON

Der Versicherer übernimmt die Kosten für die Reise einer durch die Rechtsnachfolger des verstorbenen Versicherten bestimmten Person aus dem Heimatland nach Spanien und zurück (bzw. aus Spanien in das Heimatland und zurück), die der Überführung der sterblichen Überreste beiwohnen kann.

3. HÖCHSTVERSICHERUNGSSUMME PRO SCHADENSFALL

Die von DKV garantierte Höchstversicherungssumme pro Schadensfall für alle im Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen beträgt 6.000 EUR.

AUSSERGEWÖHNLICHE UMSTÄNDE

Der Versicherer übernimmt keine Haftung für Verzögerungen oder Nichterfüllung der Vertragsbedingungen, die aufgrund höherer Gewalt oder der politischen oder wirtschaftlichen Situation eines Landes hervorgerufen werden.

AUSSCHLÜSSE UND BESCHRÄNKUNGEN

Vom Versicherungsschutz
ausgeschlossen sind:

- a) Leistungen oder Dienstleistungen,
für die kein Antrag auf
Kostenübernahme beim Versicherer
gestellt werden oder die ohne seine
Bewilligung in Anspruch genommen
werden. Ausgenommen hiervon sind
Schadensfälle, die aufgrund höherer
Gewalt oder fehlender Mittel nicht
beantragt oder mitgeteilt werden
können. Der Versicherte hat hierüber
einen Nachweis zu erbringen.

- b) Berg-, See- oder Wüstenrettung.

ANHANG III: BEST CARE

Der Service Best Care garantiert in einer Frist von max. fünf Tagen Zugang zu renommierten und anerkannten Experten in Deutschland zur diagnostischen und therapeutischen Behandlung für bestimmte Krankheitsbilder, die in diesem Anhang dargestellt sind.

1. WANN LIEGT EIN VERSICHERUNGSFALL VON BEST CARE VOR?

1.1 Die Diagnose bzgl. einer der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Erkrankungen muss fachärztlich gesichert sein. Sofern eine Best Care Erkrankung erst im Rahmen der ihr in der Tabelle zugeordneten Therapie sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchungen begründeter Krankheitsverdacht ausreichend.

Weiterhin müssen die diesen Krankheitsdiagnosen in der Tabelle zugeordneten Therapien von dem entsprechenden Facharzt zumindest als mögliche Behandlungsalternativen bewertet worden sein. Die in der Tabelle aufgeführten Therapien umfassen allerdings keine Transplantationen.

1.2 Zum Nachweis bzgl. des Vorliegens der o.g. Voraussetzungen hat der Versicherte ärztliche Befunde im Original oder in beglaubigter Kopie an den Case Manager Best Care (vergleichen Sie Absatz 7 in diesem Anhang) mit dem nach außen deutlich sichtbaren Stichwort "Best Care" zu übermitteln. (Im Falle eines Postversandes, empfehlen wir sowohl den Umschlag als auch den Arztbericht mit diesem Stichwort zu versehen.)

Die Übermittlung hat in Textform (z.B. per Brief, Fax oder E-Mail) zu erfolgen. Die ärztlichen Berichte müssen neben dem Befund folgende Angaben enthalten: Vor- und Zunamen der betroffenen versicherten Person sowie das Datum des Befundes und einen Auszug aus der klinischen Vorgeschichte.

Die Unterlagen werden Eigentum von DKV Seguros.

1.3 Die folgenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind in Best Care eingeschlossen.

DIAGNOSE	MÖGLICHE THERAPIE	FACHRICHTUNG
1. Koronare Herzkrankheit mit Indikation zur Bypass-Operation.	Bypass-Operation mittels Venen oder Arterien.	Herzchirurgie.
2. operationsbedürftiger Herzklappenfehler (z.B. Aortenstenose, Mitrainsuffizienz).	Operativer Klappenersatz	Herzchirurgie.
3. Operationsbedürftige Verengung der Hauptschlagader (z.B. Stenose der Arteria carotis interna).	Operation	Gefäßchirurgie.
4. Operationsbedürftige Erweiterung der Hauptschlagader (z.B. thorakales oder abdominales Aortenaneurysma).	Operation	Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Thoraxchirurgie.
5. Bandscheibenvorfall (z.B. Nucleus pulposus prolaps der Hals- oder Lendenwirbelsäule).	Operation	Orthopädie / Neurochirurgie.
6. Kreuzbandabriss des Kniegelenks.	Operation	Orthopädie / Neurochirurgie.
7. Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z.B. Leukämien, maligne Lymphome).	Stationäre onkologische Behandlung.	Hämato-Onkologie.
8. Bösartige Tumorerkrankungen der Brustdrüse (z.B. Mammakarzinom).	Operation	Gynäkologie.
9. Bösartige Tumorerkrankungen des Brustraums (z.B. Bronchialkarzinom).	Operation	Thoraxchirurgie.
10. Bösartige Tumorerkrankungen der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes (z.B. Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom, Kolon- und Rektumkarzinom).	Operation	Viszeralchirurgie.
11. Bösartige Tumorerkrankungen der Nieren und der Harnwege (z.B. Nierenkarzinom, Blasenkarzinom).	Operation	Urologie.
12. Bösartige Tumorerkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane (z.B. Prostatakarzinom, Hodenkarzinom).	Operation	Urologie.
13. Bösartige Tumorerkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (z.B. Uteruskarzinom, Ovarialkarzinom).	Operation	Gynäkologie.
14. Tumorerkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks (z.B. Meningeom, Glioblastom).	Operation	Neurochirurgie.

Im Rahmen des wissenschaftlichen Fortschritts und den dadurch bedingten Änderungen im Gesundheitswesen kann DKV die Auswahl der o.g. Diagnosen und/oder Therapien aktualisieren.

2. DIE LEISTUNGEN DES SERVICEPRODUKTES BEST CARE IM VERSICHERUNGSFAL

Liegen die Voraussetzungen, die im vorstehenden Absatz bestimmt wurden, vor, gilt bzgl. der Leistungen aus Best Care Folgendes:

2.1 ÄRZTLICHE LEISTUNGEN

Der Service Best Care umfasst sowohl die Operation als auch andere Behandlungsformen durch den anerkannten und renommierten Experten sowie eine etw. notwendige Rehabilitationsbehandlung, die durch einen Experten verschrieben sein und deren Durchführung durch DKV autorisiert sein muss. Die max. Dauer der Rehabilitation ist auf vier Wochen begrenzt und sie muss spätestens 14 Tage nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus angetreten werden.

2.2 ORGANISATION DER BEHANDLUNG

a) DKV organisiert auf der Grundlage des dem Produkt DKV Residentes Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung + Best Care" zugrunde liegenden Krankenversicherungsschutzes die Durchführung der in der vorstehenden Tabelle aufgeführten Operationen durch einen Experten. Erfolgt keine Operation, besteht die Expertenleistung in der endgültigen Festlegung der Therapie, ggf. im Rahmen einer prästationären Sprechstunde.

Dabei wird zugesichert, dass innerhalb von fünf Werktagen (außer Samstag), nachdem das Kunden-Center Best Care in Barcelona (Case Manager Best Care, vergleichen Sie Absatz 6 in diesem Anhang) die erforderlichen Nachweise gemäß Absatz 1.2 erhalten hat:

- > entweder die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der ausgewählte Experte praktiziert oder
- > die Vorstellung in der prästationären Sprechstunde des Experten erfolgt.

Die Fünftagefrist beginnt an dem Tag, der auf den Tag folgt, an dem die o.g. Nachweise im Kunden-Center Best Care in Barcelona (Case Manager Best Care, vergleichen Sie Absatz 7 in diesem Anhang) zugegangen sind.

Die medizinischen Berichte sollten in deutscher oder englischer Sprache vorgelegt werden. Falls sie in Spanisch oder Katalan vorgelegt werden, wird die o.g. Frist um max. drei Werktage verlängert, damit die Berichte auf Kosten von DKV Seguros übersetzt werden können.

Sollte der Versicherte aus medizinischen Gründen nicht transportfähig sein oder hat er Probleme mit der Organisation der Reise, beginnt die Frist erst an dem Tag zu laufen, an dem Sie unserem Case Manager Best Care (vergleichen Sie Absatz 7 in diesem Anhang) die ärztlich gesicherte Transportfähigkeit mitteilen.

Auf Ihren Wunsch erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über den Fristbeginn und seine Berechnung.

b) Besteht die Expertenleistung in einer Operation und ist der Experte unvorhergesehen verhindert, kann diese durch seinen ständigen Vertreter erfolgen.

Unvorhergesehen ist die Verhinderung dann, wenn der Experte durch Krankheit, eine unplanbare berufliche Verpflichtung, der aufgrund seines Anstellungsvertrages oder einer Güterabwägung der Vorrang einzuräumen ist, oder durch vergleichbare gravierende Gründe verhindert ist.

c) Wenn keine Operation erforderlich ist, besteht aus Best Care kein Anspruch, dass nach der Festlegung der Therapie auch die anschließende Behandlung durch einen Best Care-Experten erfolgt.

Diese Behandlung kann vielmehr auf der Grundlage des bestehenden Krankenversicherungsschutzes des Tarifes DKV Residentes Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung + Best Care" ggf. auch von anderen Behandlern erbracht werden.

d) Im Übrigen besteht im Versicherungsfall für den Versicherten ein Anspruch auf Beratung vor, während und nach der Behandlung durch unseren Case Manager.

Diese umfasst u.a. Informationen über den Kostenträger von medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlungen.

Auf Wunsch des Versicherten übernimmt DKV Seguros mit Unterstützung von DKV Deutsche Krankenversicherung AG auch gerne die Organisation dieser Maßnahmen, sofern nicht ein anderer Leistungsträger (z.B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft, Gesetzliche Krankenversicherung/GKV) zuständig ist.

2.3 AUFWANDSPAUSCHALE

Liegen die o.g. Voraussetzungen vor, haben Sie Anspruch auf eine Garantierte Aufwandspauschale in Höhe von 500 EUR.

Diese wird immer dann gezahlt, wenn der Eintritt eines Versicherungsfalls nachgewiesen ist, unabhängig davon, ob die sonstigen Leistungen gemäß dieses Absatzes in Anspruch genommen werden. Zur Auszahlung vergleichen Sie Absatz 6 dieses Anhangs.

2.4 ERSATZPAUSCHALE

Können wir die Fünftagefrist ausnahmsweise einmal nicht einhalten, besteht für Sie Anspruch auf Zahlung einer Ersatzpauschale in Höhe von 500 EUR.

Diese Pauschale ist unabhängig von der im vorigen Absatz genannten Aufwandspauschale. Zur Auszahlung vergleichen Sie Absatz 6 dieses Anhangs.

Wir werden danach weiterhin versuchen, schnellstmöglich die Leistungen zu erbringen. Ein erneuter Anspruch auf die Ersatzpauschale besteht aber vor Ablauf der o.g. Fristen nicht.

Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.

2.5 REISE- UND TRANSPORTKOSTEN

Reise- und Transportkosten zum oder vom Experten werden aus diesem Produkt nicht erstattet.

2.6 INANSPRUCHNAHMEBERECHTIGUNG PRO VERSICHERUNGSFALL

a) Ein erneuter Anspruch des Versicherten auf Leistungen besteht im Rahmen derselben Erkrankung frühestens 12 Monate nach Ablauf der Fünftagefrist, sofern auch die sonstigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Diese garantierte Aufwandspauschale steht zur freien Verfügung. Sie kann ohne Kostennachweis insbesondere für Reise- und Transportkosten verwendet werden. Die 12 Monatsfrist gilt nicht bei Eintritt eines neuen Versicherungsfalles. Dieser liegt dann vor, wenn die Therapie auf eine Best Care-Erkrankung ausgedehnt werden muss, die entweder mit der bisher behandelten nicht in einem ursächlichen Zusammenhang steht oder die zwar in einem ursächlichen Zusammenhang steht, aber insoweit als ein selbstständiges Krankheitsgeschehen zu bewerten ist, da andere Körperteile/Organe betroffen sind.

b) Bezüglich der Diagnose "Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z.B. Leukämien, maligne Lymphome)" gilt das unter Punkt 2.6 a) Gesagte, mit der Ausnahme, dass anstelle des Zeitraumes von 12 Monaten einer von 36 Monaten tritt.

3. BEST CARE EXPERTEN

a) Experten im Sinne dieses Produktes sind Behandler, die bezüglich der spezifischen Diagnose renommiert und anerkannt sind und sich bei DKV als Best Care Ärzte verpflichtet haben.

DKV AG hat die Verantwortung und es steht frei zu entscheiden, welche Experten als Best Care Ärzte aufgenommen werden, die Auswahl erfolgt unter der Verantwortung von DKV. Halten sich die Experten nicht an die getroffenen Vereinbarungen (z.B. bezüglich Termineinhaltung, Behandlungsqualität) kann ihre Zugehörigkeit zu den Best Care Ärzten entfallen. Dies beeinträchtigt aber in der Regel nicht die Möglichkeit, sich auch weiterhin von diesen Ärzten behandeln zu lassen.

Nur eine Vermittlung gemäß den Bestimmungen von Best Care ist in diesem Fall nicht mehr möglich.

b) Zur Feststellung, ob die als Best Care Ärzte in Frage kommenden Behandler bezüglich der spezifischen Diagnosen renommiert und anerkannt sind, bedient sich DKV wissenschaftlicher Kriterien und der Kenntnis von im Unternehmen beschäftigter unabhängiger Fachleute.

4. AN WELCHEM ORT WERDEN DIE EXPERTENLEISTUNGEN ERBRACHT?

Durch die Auswahl der Experten seitens DKV ergibt sich, wo die Leistungen erbracht werden. Etwaige Wünsche des Versicherten in Bezug auf eine mögliche Auswahl unter den von uns genannten Experten/Orten der Leistungserbringung werden wir - soweit möglich - gerne berücksichtigen.

5. WER IST NACH BEST CARE VERSICHERUNGSFÄHIG?

Alle Versicherten, die die Versicherung DKV Residentes in der Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung + Best Care" abschließen und deren aktuarielles Alter zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zwischen 15 und 70 Jahren liegt.

Wenn die Deckung einmal vereinbart ist, besteht sie auch über das genannte Höchstalter hinaus.

6. WAS IST IN BEZUG AUF DIE AUSZAHLUNG VON GELDLEISTUNGEN ZU BEACHTEN?

Bezüglich der Fälligkeit gilt, dass Geldleistungen nach diesen Bedingungen fällig sind, wenn die zur Feststellung des Anspruchs nötigen Erhebungen beendet sind:

- > Für die Aufwandspauschale ist dies der Fall, sobald die Voraussetzungen durch DKV festgestellt und DKV autorisiert ist, die Zahlung zu leisten.
- > Im Fall der Ersatzpauschale ist dies der Fall, sobald die definierte

Fünftagesfrist überschritten ist.

Der Lauf der Frist ist gehemmt, soweit die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens seitens der Versicherten gehindert sein sollte.

7. MITTEILUNGEN

Für den Fall, dass Sie einen Versicherungsfall melden wollen, müssen Sie sich unmittelbar an unser Centro de Atención Telefónica, Telefon 902 499 499 wenden. Dort sollten Sie sich als Versicherten von DKV Residentes, Deckungsmodalität "Cobertura básica + Repatriación + Best Care" ausweisen. Man wird Sie mit dem Case Manager von Best Care in Spanien verbinden, der alles Nötige unternehmen wird, um Ihren Fall in Zusammenarbeit mit DKV AG Deutschland abzuwickeln.

Die Anschrift, an die Sie die medizinischen Berichte gemäß Absatz 1.2 dieses Anhangs schicken sollten, lautet wie folgt:

DKV Seguros
Centro de Gestión de Barcelona
Att. Case Manager de Best Care
C/ Bergueda, 1 – local 1 – esc. A
Edificio Muntadas
Parc de Negocis MAS BLAU
08820 El Prat de Llobregat
Barcelona

Oder per E-Mail an die folgende Adresse
bestcare@dkvseguros.es.

Oder per Fax Nr. +34 93 378 01 26.

Gemäß den in Artikel 3 des Versicherungsvertragsgesetzes festgelegten Bestimmungen erklärt der Versicherungsnehmer, dass er die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Anhang und die einschränkenden Klauseln erhalten und zur Kenntnis genommen hat, und bestätigt mit seiner Unterschrift sein Einverständnis zu dem hier festgelegten Deckungsumfang, insbesondere die unter Artikel 5 ausdrücklich hervorgehobenen aufgeführten Einschränkungen der Leistungspflicht.

Versicherungsnehmer

Versicherte Person

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

· - : -
,
DKV

DKV SEGUROS S.A.E.

902 499 499
dkvseguros@dkvseguros.com | www.dkvseguros.com

HAUPTVERWALTUNG ZARAGOZA, 976 28 91 00
GESCHÄFTSSTELLE BARCELONA, 93 214 00 00
GESCHÄFTSSTELLE MADRID, 91 379 04 00

Kooperation mit:



Dieses Dokument wurde auf recyceltem Papier gedruckt. Ein aktiver Beitrag von DKV Seguros zum Umweltschutz, ein wichtiger Faktor, damit die Bevölkerung gesund bleibt.