

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

Laser- und Magnettherapie, als Techniken zur Rehabilitation.

Zertrümmerung von Nieren- und Harnsteinen (Lithotripsie).

Therapeutische Hochtechnologie. Im DKV Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” entsprechend der abgeschlossenen Leistungsmodalität wird der Zugang zu nationalen Referenzzentren vermittelt.

Navigations-Systeme oder 3D Abbildungssysteme (3 D) oder elektroanatomisches Sichtbarmachen ohne Durchleuchten mittels Röntgenstrahlen (Fluoroskopie). Für die Behandlung des Vorhofflimmerns, ohne strukturelle Herzbeschwerden, wenn vorhergehende operative Maßnahmen mit konventionellen Röntgen-Systemen erfolglos waren.

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

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 nur die Aufwendungen für alle zytostatischen Arzneimittel, die auf dem spanischen Markt vertrieben werden und vom spanischen Gesundheitsministerium genehmigt worden sind sowie die, die detailliert in Punkt “Zytostatikum” des Artikel 2 “Grundkonzepte. Begriffsdefinitionen” aufgeführt sind sowie die intravesikale Instillation von BCG erhalten haben.

4.6 STATIONÄRE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Stationäre medizinische Versorgungen werden in Kliniken oder Krankenhäusern nach vorheriger schriftlicher ärztlicher Verordnung durch einen im “Red DKV de Servicios Sanitarios” entsprechend der abgeschlossenen Leistungsmodalität vertragsgebundenen Arzt und 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 und Chirurgen.

Außerdem eingeschlossen sind:

- > Onkologische Behandlungen: Radiumtherapie, Strahlentherapie und Chemotherapie.
- > OSNA-Methode oder -Technik: dies ist die interoperative Sentinel-Lymphknoten-Diopsie im Frühstadium von Brustkrebs ohne Entfernung der Lymphknoten.
- > 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 chirurgische Eingriffe.
- > Interventionelle, invasive und viszerale Radiologie.
- > Techniken der Familienplanung: Eileiterunterbindung, Vasektomie und die dauerhafte Empfängnisverhütung nach dem “Essure-System”.
- > Stereotaktische Radioneurochirurgie.
- > Arthroskopie.
- > Chirurgie der Nasenhöhlen, der Nasenmuschel und die Mandelentfernung mit Hilfe von Radiofrequenztherapie.
- > Im Operationssaal durchgeführte Lasertherapie der Augen, Proktologie, periphere Gefäßchirurgie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.
- > Holmium-Laser oder Holmium (Infrarotes Licht) für die Behandlung der gutartigen Prostatahyperplasie.
- > Perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse.
- > Therapeutische Hochtechnologie: Radiofrequenzablation nach dem CARTO-System und die Vernetzungstherapie oder Hornhaut-Cross-Linking.
- > Chirurgische Prothesen.
- > Krankenhaustagegeldzahlung wegen stationärem Aufenthalt.

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

Die stationäre Versorgung wird nach folgenden Kriterien differenziert:

1. Stationäre Behandlung (ohne chirurgischen Eingriff).

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

2. Stationäre Behandlung zur chirurgischen Intervention.

Eingeschlossen sind die verschiedenen chirurgischen Fachgebiete zur Behandlung von Krankheitsbildern, die chirurgische Eingriffe erfordern, präoperative oder präanästhetische Untersuchungen (Beratung, Analyse und Elektrokardiogramm), die anschließenden postoperativen Behandlungen (bis zu zwei Monate

nach dem Eingriff) und die große ambulante Chirurgie und - soweit erforderlich - die Prothesen.

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

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

5. Stationäre Aufnahme zur psychiatrischen Behandlung. Eingeschlossen ist die psychotherapeutische Behandlung durch einen ärztlichen Psychiater. Im Versicherungsschutz sind lediglich akute Fälle eingeschlossen. Die Leistungspflicht ist auf eine max. Dauer der stationären Behandlung von 60 Tagen pro Kalenderjahr begrenzt.

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

7. Stationäre Aufnahme zur Dialysebehandlung und Künstliche Niere. Schließt die Behandlung durch einen Nephrologen oder Internisten ein.

Ausschließlich bei akuter Niereninsuffizienz, solange eine Behandlung medizinisch notwendig ist.

4.7 ZUSÄTZLICHE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Präventivmedizin. Inklusive der nachfolgend aufgeführten allgemein anerkannten Vorsorgeprogramme:

1. Gesundheitsprogramm für Kinder

Dies schließt ein:

- > Schwangerschaftsgymnastik und psychologische Geburtsvorbereitung inklusive praktischem und theoretischem Unterricht in Kinderkrankenpflege.
- > Gesundheitsuntersuchungen des Neugeborenen: inklusive Untersuchung auf Stoffwechselerkrankungen (Phenylketonurie und angeborene Hypothyreose), Hör- und Sehtest, Gehöruntersuchung bei Neugeborenen (Screening) sowie Ultraschall des Neugeborenen.
- > Vorgeschriebene Kinderschutz-Impfungen, in dafür vorgesehenen medizinischen Einrichtungen.
- > Regelmäßige Untersuchungen und Kontrollen zur körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes während der ersten vier Lebensjahre.

2. Programm zur Krebsvorsorge bei Frauen

Dies schließt ein:

- > Regelmäßige gynäkologische Untersuchungen zur Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs.
- > Jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung, bestehend aus der Kontrolluntersuchung, der

Kolposkopie, der Zytologie, dem gynäkologischen Ultraschall und der Mammografie nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen.

- > HPV-TEST (ADN-HPV), um die Infektion durch den humanen Papillomvirus bei Frauen mit zervikovaginalen Zytologie (nach Klassifikation Bethesda) und nach Konisation zu erkennen und zu identifizieren und frühzeitig zervikale Schädigungen, bei denen erhöhtes Risiko zur onkologischen Veränderung besteht, zu behandeln.

3. Programm zur Prävention des koronaren Risikos

Dies schließt ein:

- > Jährliche kardiologische Basisvorsorgeuntersuchung, bestehend aus einer Kontrolluntersuchung, Blut- und Urinanalyse, Thoraxradiografie und einem Elektrokardiogramm.
- > Alle drei Jahre vollständige kardiologische Untersuchung in ausgewählten Vertragszentren, medizinische Vorgeschichte (Anamnese), körperliche Herzuntersuchung, spezifische und vorbeugende Analysen, Atheromatose (Blutbild, Elektrolyte, Cholesterin, Triglyceride, Homocystin, Glucose, Harnstoff, Harnsäure, Kalzium, Thrombozyten und Plaque), Ruhe- und Belastungs-EKG und EEG.

4. Programm zur Prävention von 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 prostata-spezifischen 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. Inklusive individueller ambulant-therapeutischer Psychotherapie in dafür vorgesehenen Einrichtungen, vorausgesetzt dies wurde zuvor von einem vertragsgebundenen medizinischen Psychiater oder Kinderarzt des “Red DKV de Servicios Sanitarios” entsprechend der abgeschlossenen Leistungsmodalität verschrieben, die Behandlung wird von einem vertragsgebundenen Psychologen ausgeführt und die notwendige Autorisation von DKV Seguros ausgestellt.

Die versicherten Personen können diese Leistung bis zu einer maximalen Anzahl von 15 Sitzungen pro versicherte Person und Jahr und mit einer Zuzahlung, die für jede medizinische Inanspruchnahme oder Sitzung in der “Übersicht der medizinischen Leistungen und Zuzahlungen” der Besonderen und/oder Speziellen Versicherungsbedingungen der Police aufgeführt sind, in Anspruch nehmen. Die Leistung 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 usw.
- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulabbruch.

Familienplanung. Dies schließt die nachfolgend aufgeführten Leistungen ein:

- > das Einsetzen einer IUP – Spirale. **Die Aufwendungen für das Intrauterin-Pessar sind von der versicherten Person zu tragen.**
- > Eileiterunterbindung.
- > 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), Gefäß- und Herzprothesen (Herzklappen, Bypass, Stent, Systeme von Septal Occludern, temporärer oder permanenter Herzschrittmacher und automatischer Desfibrillator), Eileiter-Mikrospirale “Essure” und Gelenkendoprothesen (innere Barrieren, Metallplatten zur Fixierung und Schrauben) und intersomatische Abstandshalter oder Zwischenwirbelkägig in der Chirurgie des Zusammenfügens oder der Versteifung der Wirbelsäule, Implantate und biologischen Materialien und /

oder Biomaterialien zu therapeutischen Zwecken, wie nachfolgend aufgeführt:

- > Dichtungsmittel, Leime oder biologische Klebstoffe: in der Onkologischen Chirurgie
- > Antiadhäsives Sperrschicht-Gel: in der Chirurgie der Wirbelsäule und um weitere Eingriffe durch andere Fachärzte zu vermeiden
- > Ersatz der Knochentransplantate: Zemente und demineralisierte Knochenmatrix zur Neubildung in der Chirurgie der Wirbelsäule und Gelenkknorpel (Hüfte, Knie und Fuß)
- > Bioplastik. Biomatrix oder reabsorbierendes Netz als Ersatz der Dura Mater in der Hirnchirurgie oder spinalen Tumorchirurgie und Chirurgie des Herzbeutels
- > Künstliche Verankerungen (in der Schulter und im Knie): PPLA und PEEK. Biomaterialien von hoher Resistenz für die Fixierung der Kreuzbänder in der orthoskopischen Chirurgie und bei der Minimalinvasion

Außerdem eingeschlossen sind Osteosynthesematerial, Kunststoffnetze bei Verletzungen der Bauchdecke, chirurgische suburethrale Netze (TVT / TOT) gegen Harninkontinenz, Harnventile, äußere Festhalter (Fixateur externe), intraokulare oder neutrale monofokale Linsen (ohne weitere Sehkorrektur) beim grauen Star, Hodenprothese bei Orchidektomie nach onkologischen Behandlungen oder Unfall und Brustprothesen und Hautexpander, sofern es sich um die Wiederherstellung nach einer radikalen Operation handelt.

Hierbei gilt eine Höchstleistungsgrenze von 12.000 EUR für Prothesen und Implantatmaterial wie vorher aufgeführt je versicherte Person und Jahr.

Krankenhaustagegeld. DKV Seguros zahlt ab dem dritten Tag der stationären Behandlung pro Tag 50 EUR bis max. 1.500 EUR je versicherte Person und Jahr, falls die nachfolgenden Umstände vorliegen:

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

4.8 EXKLUSIVE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

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

1. Rückerstattung von Aufwendungen für medizinische Leistungen im Ausland bei “Schwerer Erkrankung”.
2. Rückerstattung der Aufwendungen für Service-Leistungen zur Unterstützung der Familien und/oder im Fall, wenn Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 3 nach einem Unfall bestätigt ist.

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

4.9 AUSLANDSREISEVERSICHERUNG

Für Reisen und vorübergehende Aufenthalte im Ausland sieht die Versicherung einen weltweiten Auslandsreisenschutz von max. 90 Tagen je Reise oder Aufenthalt vor. Die Versicherungsleistungen dieses Auslandsreisenschutzes 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 vorvertragliche Gesundheitszustände (z.B. Schwangerschaft) und deren Folgeerscheinungen, anlagebedingte oder angeborene physische Schäden sowie Unfallfolgen und Folgeerscheinungen von Krankheiten, vorausgesetzt, dass diese ihren Ursprung vor Einschluss jeder versicherten Person in die Police hatten und bekannt waren.

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

ausgeschlossen.

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 Behandlung der Haut, eingeschlossen der Haarbehandlung. Ebenso ausgeschlossen ist die chirurgische Korrektur von Fehlsichtigkeiten, wie Kurz- oder Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmung und Alterssichtigkeit sowie die Orthokeratologie (nächtliches Tragen von speziellen Kontaktlinsen). Darüber hinaus alle Folgen und Komplikationen aller in diesem Artikel aufgeführten Ausschlüsse.

g) Alternative und komplementäre Therapieformen, Akupunktur, Naturtherapie, Homöopathie, Chiropraxie, 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 Mandelentfernung und der Chirurgie der Nasenhöhlen oder der Nasenmuschel.

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

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

Ebenso ausgeschlossen sind Aufenthalte in privaten nicht vertragsgebundenen Zentren und der vorgesehene Aufenthalt in Zentren oder anderen öffentlichen Einrichtungen des nationalen spanischen Gesundheitssystems und / oder Einrichtungen abhängig von den Autonomen Regionen, außer in

identifizierten Fällen (vergleichen Sie Artikel 3.4 Inanspruchnahme von nicht dem DKV Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" zugehörigen Leistungserbringern).

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

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

j) Medizinisch-chirurgische Behandlungen des Schnarchens oder des obstruktiven Schlafapnoesyndroms und Behandlungen und/oder intensitätsmoduliert oder nicht Arten der Radiotherapie, die nicht ausdrücklich in Artikel 4.5 "Therapeutische Verfahren" dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind. Außerdem sind ausgeschlossen die Protontherapie, die Neutronentherapie und die stereotaktische Radiochirurgie nach dem Cyberknife-System, die bildgestützte Strahlentherapie (IGRT), die spiralförmige Strahlentherapie oder Tomotherapie und Strahlenbehandlung 4D oder im Hinblick auf die Atmung (BART).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

u) Die Roboterchirurgie, bildgestützte oder durch Computer unterstützt (mit Ausnahme des Navigationssystems CARTO) und alle Laser-Behandlungen, sofern es sich nicht um Rehabilitation, Proktologie, Augenheilkunde und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, periphere Gefäßchirurgie und Holmium-Laser oder Holmium (Infrarotes Licht) in der Urologie, handelt, die mit dem in

Artikel 4 “Beschreibung des Versicherungsumfanges” Aufgeführten einhergehen.

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

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

x) Pharmaka, Arzneimittel und jegliche Heilmittel, mit Ausnahme der der versicherten Person während eines stationären Aufenthaltes (mindestes 24 Stunden) in einem Klinikzentrum verabreichten.

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

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

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

z) Untersuchungen zur Bestimmung des genetischen Profils zu prognostischen oder vorbeugenden Zwecken sowie alle anderen genterapeutischen, biologisch-molekularen oder diagnostischen Verfahren und Behandlungen mittels Gentherapie mit der einzigen Ausnahme der Bestimmung des Karyotyps (Chromosomensatz) und der OSNA-Methode und -Technik bei Brustkrebs.

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 zu erfüllen:

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

7.

VERTRAGSRUNDLAGEN

7.1 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.

Dieser Verzicht von DKV Seguros auf ihr Recht, der Fortführung der Police zu widersprechen, setzt das Einverständnis des Versicherungsnehmers über die jährliche Beitragsanpassung voraus, gemäß den unter Artikel 7.4 dieses Vertrages aufgeführten versicherungsmathematischen Kriterien.

7.2 RECHTE UND OBLIEGENHEITEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS ODER DER VERSICHERTEN PERSONEN

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen sind verpflichtet:

- a) DKV Seguros alle ihm/ihnen bekannten Umstände, die die Einschätzung des zu versichernden Wagnisses möglicherweise beeinflussen können, wahrheitsgetreu und gewissenhaft ohne etwas zu verschweigen, anzuzeigen.
- b) DKV Seguros alle während der Laufzeit des 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 anderen Bedingungen geführt hätten.
- c) DKV Seguros einen Wohnort- oder Berufswechsel umgehend mitzuteilen.
- d) Alle ihm zur Verfügung stehenden Mittel zur baldigen Heilung einer Erkrankung oder Verletzung zu nutzen.

Bei vorsätzlicher Nichterfüllung dieser Obliegenheiten mit der Absicht, DKV Seguros zu täuschen oder zu schädigen und einen zusätzlichen Gewinn zu erzielen, befreit DKV Seguros von der Leistungspflicht im Versicherungsfall.

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.

7.3 OBLIEGENHEITEN VON DKV SEGUROS

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

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

7.4 VERSICHERUNGSBEITRAG

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

Die darauf folgenden Beiträge werden zum jeweils festgelegten Zeitpunkt fällig.

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

In diesem Fall wird der entsprechende Ratenzuschlag erhoben.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wird in den Besonderen Versicherungsbedingungen nichts Gegenteiliges vereinbart, wird der Beitrag per 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 vom Alter und anderen persönlichen Merkmalen der zu versichernden Personen.

Im Rahmen der Gruppenversicherung kann eine Einteilung nach Altersgruppen erfolgen. Beiträge können sich auch aufgrund von Änderungen in der Struktur des versicherten Kollektivs ändern.

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

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

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

Der Versicherungsnehmer 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.

7.5 VERLUST VON ANSPRÜCHEN UND AUFLÖSUNG DES VERTRAGES

Die versicherte Person verliert das Recht auf die garantierte Versicherungsleistung:

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

- b) 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 versicherten Personen oder von Begünstigten hervorgerufen werden.**

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

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

7.6 SCHRIFTLICHE MITTEILUNGEN

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

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

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

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

7.7 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.

7.8 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

Der Versicherungsschutz gilt weltweit und nach Überschreiten der Grenze der Provinz, in der sich der gewöhnliche Wohnsitz der versicherten Person befindet.

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

1.3 DAUER DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

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

1.4 GÜLTIGKEIT

Die versicherte Person kann die Leistungen des Versicherungsschutzes nur in Anspruch nehmen, wenn ihr 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 Aufwendungen für ärztliche Behandlungen, für Medikamente, für chirurgische Eingriffe, für stationäre Aufenthalte und Transport im Krankenwagen bei Behandlung im Ausland

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

2.1.1.2 Aufwendungen für zahnmedizinische Notfälle

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

2.1.2 Mittelbare Kosten

2.1.2.1 Aufwendungen für die Verlängerung eines Hotelaufenthaltes

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

2.1.2.2 Überführung oder Verlegung

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

- a) Die Aufwendungen des Transportes im Krankenwagen bis zum nächstgelegenen Krankenhaus.
- b) Herstellung des Kontaktes zum Arzt, der die verletzte oder erkrankte versicherte Person behandelt, um die in dieser Situation am besten geeigneten Maßnahmen zu bestimmen, wie zum Beispiel die angemessene Behandlung und - falls notwendig - das am besten

geeignete Transportmittel für die eventuelle Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder zum Wohnsitz der versicherten Person zu finden.

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

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

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

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

2.1.2.3 Überführung der sterblichen Überreste und Rücktransport von versicherten Begleitpersonen

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

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

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

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

2.2 ANDERE GEWÄHRLEISTUNGEN

2.2.1 Überführung oder Verlegung von anderen versicherten Personen

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

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

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

2.2.2 Reise einer Begleitperson

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

2.2.3 Vorzeitige Rückkehr zum gewöhnlichen Wohnsitz

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

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

2.2.4 Medikamentenversand

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

2.2.5 Medizinische Telefonberatung

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

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

2.2.6 Hilfe bei der Suche nach verlorenen Gepäckstücken

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

2.2.7 Dokumentenversand

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

2.2.8 Aufwendungen für einen Rechtsbeistand und Vorschuss einer Prozessbürgschaft im Ausland

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

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

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

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

2.2.9 Reiseinformation

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

2.2.10 Übermittlung von Nachrichten

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

3. VERTRAGSBESCHRÄNKUNGEN

3.1 AUSSCHLÜSSE

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

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

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

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

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

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

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

3.1.8 Die Aufwendungen der Bestattung und der Grabzeremonie.

4. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

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

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

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

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

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

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

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

**ANHANG II: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN
UND EXKLUSIVE SERVICE-LEISTUNGEN BEI
DKV INTEGRAL IN DER MODALITÄT
EINZELVERSICHERUNG**

1. EINLEITENDE BESTIMMUNGEN

1.1 VERSICHERTE PERSONEN

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

1.2 VERSICHERUNG IN DER MODALITÄT EINZELVERSICHERUNG

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

1.3 DAUER DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

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

1.4 GÜLTIGKEIT

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

2. EXKLUSIVE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Nur der Abschluss der Versicherung "DKV Integral" für komplette medizinische Versorgung in der Modalität Einzelversicherung berechtigt die versicherte Person, die folgenden zusätzlichen Versicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen:

2.1 RÜCKERSTATTUNG VON AUFWENDUNGEN FÜR MEDIZINISCHE LEISTUNGEN IM AUSLAND BEI "SCHWEREN ERKRANKUNGEN"

2.1.1 Örtlicher Geltungsbereich

Die versicherte Person kann - sofern sie glaubhaft macht mittels eines medizinischen Berichts, dass die erwähnten schweren Erkrankungen während der Gültigkeit der Police in Spanien diagnostiziert wurden - die medizinischen und/oder chirurgischen Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen nach der Modalität Kostenerstattung unter Berücksichtigung der nachfolgend beschriebenen Deckungen und Limitierungen:

2.1.2 Gegenstand des Versicherungsschutzes

Die maximale Deckung von DKV Seguros für "Schwere Erkrankungen" - wie nachstehend beschrieben - beträgt 80 % des Rechnungsbetrages, den die versicherte Person für ihre Behandlung bezahlt hat bis zu einem Gesamtbetrag von 16.000 EUR je versicherte Person und Jahr. Die Erstattung setzt voraus, dass die Rechnungen im Ausland ausgestellt wurden und sich auf Aufwendungen für medizinische Leistungen beziehen, die zum Versicherungsschutz zählen (vergleichen Sie Artikel 4 "Beschreibung der Versicherungsleistungen" dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

2.1.2.1 Myocardinfarkt: Krankheit, die auf der dauerhaften Verstopfung eines Teils des Hauptstamms oder einer wichtigen Verästelung der koronaren Arterien beruht und ihrer Komplikationen nach dem Infarkt (arrhythmische Herzschwäche, Herzinsuffizienz, Herzblockade und Angor Residual).

2.1.2.2 Krebs: Krankheit, die sich durch das Vorhandensein eines bösartigen Tumors charakterisiert, durch sein unkontrolliertes Wachstum und die Verbreitung von bösartigen Zellen, die Invasion von Gewebe einschließlich der direkten Ausbreitung oder der Wucherung von Metastasen, oder der großen Ausbreitung von bösartigen Zellen im Lymphsystem oder im Kreislauf wie das Hodgkin Lymphom oder die Leukämie. **Hautkrebs ist nur gedeckt, wenn es sich um das invasive Melanom handelt, alle anderen Hautkrebsarten sind ausgeschlossen.**

In allen Fällen von Krebsdiagnose muss die Diagnose durch Verfahren der Histopathologie (Verfahren der mikroskopischen Diagnostik) unterstützt werden.

2.1.2.3. Gehirnerkrankungen: Krankheit oder Unfall, der dauerhafte neurologische Folgen verursacht als Folge eines Schlaganfalls, Hirnblutung oder außerhalb des Schädels.

2.1.2.4. Organtransplantationen: Empfänger einer Verpflanzung von Hornhaut, Herz, Leber, Knochenmark und Niere (**ausgeschlossen sind die medizinischen Aufwendungen des Spenders**).

2.1.2.5 Lähmung/Querschnittslähmung: totaler und dauerhafter funktionaler Verlust des Gebrauchs von zwei oder mehr Gliedmaßen als Folge einer Querschnittslähmung oder einer neurologischen Krankheit.

Hiernach sind die Aufwendungen für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im Ausland für diese “Schweren Erkrankungen”, aber unter Berücksichtigung der Begrenzungen und der Ausschlüsse, die im Versicherungsschutz in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt sind (vergleichen Sie Artikel 5 “Einschränkungen der Leistungspflicht” und Artikel 6 “Wartezeiten”).

**2.1.3 Zugang zu der Versicherungsleistung:
Spezifische Norm**

a) Im Hinblick auf diese Deckung wird die Mitteilung eines Schadensfalls so verstanden, wenn die versicherte Person die Rückerstattung der Aufwendungen für medizinische Leistungen bei “Schweren Erkrankungen”, die im Ausland entstanden sind, sofern die erwähnten schweren Erkrankungen während der Gültigkeit der Police in Spanien diagnostiziert wurden und durch medizinische Berichte mit der definitiven Diagnose, die das Leiden an der Erkrankung bestätigt.

b) Innerhalb einer Frist von max. 15 Tagen muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Rückerstattung der Aufwendungen für die medizinischen Leistungen, die durch diese Garantie gedeckt sind, beantragen und DKV Seguros die entsprechenden bezahlten Rechnungen, die die in Anspruch genommenen medizinischen Akte detailliert angeben, die medizinische Verordnung und medizinische Berichte, die den Ursprung und die Art der Erkrankung spezifizieren, zur Verfügung stellen.

Um die Vorlage dieser Dokumente zu vereinfachen, stellt DKV Seguros das Erstattungsformular Rückerstattung zur Verfügung, das die administrativen Mindestanforderungen enthält, die erfüllt werden müssen, damit die Rechnungen rückerstattet werden können und die auf der Rückseite des Formulars abgedruckt sind.

Die versicherte Person und alle Familienangehörigen müssen die Berichte und Nachweise einreichen, die DKV Seguros als nötig erachtet. Wird diese Obliegenheit nicht erfüllt, kann das zu einer Ablehnung des Rechts auf Rückerstattung führen.

c) Die Rückerstattung der Aufwendungen wird auf folgende Weise verwirklicht:

- › Wenn das Formular Rückerstattung mit den nötigen Berichten und den Originalrechnungen, die die empfangenen medizinischen Leistungen bestätigen, eingereicht wurde, zahlt DKV Seguros die getätigten Aufwendungen entsprechend des Prozentsatzes und innerhalb der Höchstgrenzen, die vorstehend angezeigt wurden.
 - › Die Zahlung erfolgt auf das angegebene Konto. Die auf diese Weise erfolgte Gutschrift ist rechtsverbindlich, wirksam und befreiend für DKV Seguros.
 - › Die Rechnung über durch die versicherte Person realisierte Zahlungen in Devisen wird in Spanien in EUR umgerechnet zum Umrechnungskurs des Tages, an dem sie bezahlt wurde. Wenn dies nicht angemessen ist, erfolgt die Umrechnung zum Tageskurs der Rechnungsstellung oder - wenn auch dies nicht angemessen ist - zum Kurs des Tages, an dem die medizinische Leistung erbracht wurde.
 - › Die Aufwendungen für Übersetzungen der medizinischen Berichte, Rechnungen oder Quittungen der Ärzte gehen zu Lasten von DKV Seguros, wenn sie in folgenden Sprachen erstellt wurden: Englisch, Deutsch, Französisch oder Portugiesisch.
- Sind die Rechnungen in anderer Sprache abgefasst, gehen die Aufwendungen zu Lasten der versicherten Person.

d) Sobald die Rückerstattung der Aufwendungen erfolgt ist, kann DKV Seguros ihr Recht auf Forderungsübergang ausüben innerhalb der Limitierungen, die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen vereinbart sind (vergleichen Sie Artikel 3.5 “Regressforderungsklausel”).

2.1.4 Abgrenzungen der Deckungszusage

Die Aufwendungen für medizinische Versorgung zur Behandlung der “Schweren Erkrankungen” im Ausland sind - wie in diesem Anhang beschrieben - gedeckt, aber nur wie in der Modalität, dem örtlichen Geltungsbereich, dem Gegenstand der Versicherung, der Art des Zugangs, den Begrenzungen der Versicherungsdeckung und den Einschränkungen der Leistungspflicht, die in diesem ANHANG II und in den folgenden Artikeln der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben sind, die die Versicherungsleistungen begrenzen:

Artikel 2 “Grundkonzepte. Begriffsdefinitionen”

Artikel 3 “Leistungsmodalitäten und Erweiterung der Versicherung”

Artikel 4 “Versicherungsumfang”

Artikel 5 “Einschränkungen der Leistungspflicht”

Artikel 6 “Wartezeiten”

2.2 RÜCKERSTATTUNG DER AUFWENDUNGEN FÜR SERVICE-LEISTUNGEN ZUR UNTERSTÜTZUNG DER FAMILIEN UND/ODER IM FALL, WENN PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT DER PFLEGESTUFE 3 NACH EINEM UNFALL BESTÄTIGT IST.

2.2.1 Gegenstand des Versicherungsschutzes

DKV Seguros garantiert im Fall, dass der versicherten Person und/oder ihrem gesetzlichen Pfleger durch das “Sistema para la Autonomia y Atención a la dependencia” (SAAD) ein Zustand oder die Situation von Pflegebedürftigkeit 3. Grades nach Unfall, der durch die Police gedeckt ist, bestätigt wird und ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Deckung die Rückerstattung von 100% des Betrages der bezahlten Rechnungen, die für Familienunterstützung und/oder im Fall von Pflegebedürftigkeit gezahlt worden sind, **bis zu einem maximalen Höchstbetrag von 10.000 EUR je versicherte Person.** Diese Entschädigung ist nur garantiert für die Aufwendungen im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen oder sozio-sanitären Service-Leistungen, die unter den entsprechenden Versicherungsschutz fallen, **jedoch mit den Begrenzungen und Ausschlüssen, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (vergleichen Sie Artikel 5.a, 5.c, 5.d, 5.e “Einschränkungen der Leistungspflicht”) und Anhang II (Artikel 2.2.3) bestimmt sind.**

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

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

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

a) Persönliche Betreuung

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

b) Hauswirtschaftliche Hilfe:

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

2.2.1.2 Persönliche Betreuung

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

- > Residenzen
- > Tagesresidenzen mit spezialisierter Betreuung
- > Nachtresidenzen

2.2.1.3 Service von Fernbetreuung mit fest installierten oder mobilen Geräten: Das sind mobile oder festinstallierte Telefonanlagen, die ständig mit einer Alarmzentrale für Notfälle verbunden sind.

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

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

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

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

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

2.2.2 Zugang zu der Versicherungsleistung

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

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

b) Notwendige Dokumente, zur Anerkennung der Leistungspflicht:

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

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

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

c) Die Kostenrückerstattung erfolgt folgendermaßen:

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

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

2.2.3 Einschränkungen der Leistungspflicht

Von der Leistungspflicht der Deckung der Pflegebedürftigkeit sind ausgeschlossen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. EXKLUSIVE SERVICE-LEISTUNGEN

3.1 SERVIPLUS SALUD EINZELVERSICHERUNG

Nur der Abschluss der Krankenversicherung “DKV Integral” in der Modalität Einzelversicherung gewährt den versicherten Personen Zugang zu einigen zusätzlichen exklusiven Service-Leistungen zu vorteilhaften ökonomischen Bedingungen, die zwingend an den Abschluss dieser Art von Versicherung gekoppelt sind.

Die Details für den Zugang zu diesen Service-Leistungen sowie deren Kosten finden Sie spezifiziert in den Ärzte- und Klinikverzeichnissen, die DKV Seguros jährlich herausgibt und auf ihrer Internetseite www.dkvseguros.com veröffentlicht.

3.1.1 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. Dieser Service umfasst:

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

3.1.2 Wellness Programme

3.1.2.1 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.

3.1.2.2 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.

3.1.2.3 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.

3.1.3 Service-Leistungen zur Unterstützung der Familien und/oder bei Pflegebedürftigkeit

3.1.3.1 Sozi-Sanitäre Leistungen zu Hause

DKV Seguros stellt den versicherten Personen einen sozi-sanitären Service zu Hause zur Verfügung. Dieser Service stellt mittels 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.

3.1.3.2 Altersresidenzen 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: wie z.B. Ärzte, Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Psychologen oder Beschäftigungstherapeuten. Dieser Service garantiert den Zugang zu Tageskliniken und zu betreuten Altersresidenzen als auch zu gemischten Residenzen für Aufenthalte während der Urlaubszeit und sowohl für Kurzzeit- als auch für Langzeitaufenthalte.

3.1.3.3 Service von Fernbetreuung mit fest installierten oder mobilen Geräten

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.

3.1.3.4 Service-Leistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes

DKV Seguros stellt den versicherten Personen eine Vielzahl von Maßnahmen zur Verfügung, die sich mit der Anpassung des Wohnumfeldes an ihre Bedürfnisse befassen. Diese Produkte erlauben es, den Zugang zum Haus und die Mobilität innerhalb barrierefrei zu verbessern.

3.1.3.5 Telefonischer Auskunftsdienst über das Vertragsnetz

Dieser Service bietet den versicherten Personen von DKV Seguros telefonische Informationen über die Bedingungen und Möglichkeiten des Zugangs zu den Familien-Service-Leistungen und/oder die Möglichkeiten der Pflegebetreuung durch vertraglich gebundene Leistungszentren.

3.1.4 Netzwerk von Optikern und orthopädischen Einrichtungen

3.1.4.1 Optiker

Die versicherten Personen von DKV Seguros können erhebliche Preisnachlässe für Brillen (Fassungen und Gläser) und Kontaktlinsen im Vertragsnetz "Red de Ópticas de DKV" realisieren. Sie müssen sich nur in dem ausgewählten Zentrum von Optikern als Kunde von DKV Seguros identifizieren mit Ihrer Versichertenkarte DKV Medi-Card® und den Einkauf realisieren.

3.1.4.2 Orthopädische Einrichtungen

Zusätzlich stellen wir Ihnen ein Netzwerk von orthopädischen Einrichtungen "Red de Centros Ortopédicos" zur Verfügung, wo Sie orthopädisches Material (orthopädisches Schuhwerk, Einlagen ...) zu vorteilhaften ökonomischen Bedingungen erwerben können. Sie müssen sich nur im ausgewählten orthopädischen Zentrum mit Ihrer Versichertenkarte DKV Medi-Card® ausweisen und Ihren Einkauf tätigen.

Fragen Sie nach verfügbaren Optikern und orthopädischen Einrichtungen nach unter der Telefon-Nummer 902 499 150.

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

Versicherungsnehmer

Versicherte Person

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



DKV

DKV | ERGO steht Ihnen mit einem Expertenteam zur Verfügung, um noch gezielter auf Ihre Bedürfnisse eingehen zu können. Während DKV Ihnen als Spezialist für Krankenversicherungen zur Seite steht, ergänzt ERGO diese umfassenden Versicherungsangebote mit Lebens-, Hausrats- und Bestattungs-Service-Versicherungen. Diese Zusammenarbeit ermöglicht unsere Spezialisierung und uns tiefgründig mit den Bereichen zu beschäftigen, die Sie interessieren, damit Sie sich unbeschwert und sicher fühlen.

Zusammen, noch mehr Sicherheit.

DKV SEGUROS S.A.E.

902 499 350
dkvseguros@dkvseguros.com | www.dkvseguros.com

Kooperation mit:



**Intermón
Oxfam**

DKV integralia

Fundación para la integración laboral
de personas con discapacidad

TELEFONISCHES KUNDENCENTER

Unser telefonisches Kunden-Center steht Ihnen ebenfalls zur Verfügung, um Ihnen jegliche Informationen zu geben und Sie zu betreuen. Es handelt sich hierbei um das einzige telefonische Kunden-Center, das ausschließlich von Personen mit Behinderungen betrieben wird.

