

DKV MUNDISALUD

COMPLET | PLUS | CLASSIC | ELITE

Weil ich frei wählen kann, fühle ich mich wohl

> 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.

Ein Unternehmen der **ERGO**-Versicherungsgruppe.

¡Vive la Salud!

VERSICHERUNGSPOLICE
DKV MUNDISALUD

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 des spanischen Versicherungsaufsichtsamtes (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-04308
Stand: Januar 2008

3DNPo.CG/o2_V6a

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

Seite

ANMERKUNGEN DES GESCHÄFTSFÜHRERS	5
WIR BEANTWORTEN IHRE FRAGEN	8
ZUSÄTZLICHE SERVICE-LEISTUNGEN	18
VERSICHERUNGSVERTRAG: ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN	
1. Einleitende Klausel	23
2. Grundkonzepte, Definitionen	25
3. Leistungsmodalität, Erweiterung und örtlicher Geltungsbereich der Versicherung	31
3.1 Gegenstand der Versicherung	31
3.2 Leistungsmodalität der Versicherung	31
3.3 Geltungsbereich	32
3.4 Zugang zu den Versicherungsleistungen	32
3.5 Regressforderungsklausel	35
4. Versicherungsumfang	36
4.1 Ambulante medizinische Erstversorgung	37
4.2 Notfallbehandlungen	37
4.3 Medizinische Versorgung durch Fachärzte und Chirurgen	37
4.4 Diagnostische Verfahren	40
4.5 Therapeutische Verfahren	40
4.6 Stationäre medizinische Versorgung	41
4.7 Zusätzliche Versicherungsleistungen	43
4.8 Auslandsreiseversicherung	46
5. Einschränkung der Leistungspflicht	47

6. **Wartezeiten** 51

7. **Versicherungsleistungen nach Deckungsmodalität** 52

7.1 DKV Mundisalud Classic Hospitalización 52

7.2 DKV Mundisalud Complet y DKV Mundisalud Plus 55

7.3 DKV Mundisalud Classic y DKV Mundisalud Elite 56

7.4 DKV Mundisalud Combinado 58

8. **Vertragsgrundlagen** 61

8.1 Vertragsabschluss und Versicherungsdauer 61

8.2 Rechte und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers
 oder der versicherten Personen 62

8.3 Obliegenheiten von DKV Seguros 62

8.4 Versicherungsbeitrag 63

8.5 Verlust von Ansprüchen und Auflösung des Vertrages 64

8.6 Schriftliche Mitteilungen 65

8.7 Besondere Gesundheitsrisiken 65

8.8 Steuern und Abgaben 65

ANHANG I: AUSLANDSREISEVERSICHERUNG 66

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 Sprache" 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 Sprache" 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 vom DKV Seguros folgen. Die Initiative wurde von unabhängigen Institutionen unterstützt und folgt dem Interesse verschiedener Organisationen, die Verbraucher zu schützen.

**"Die klare Sprache" ist Teil des Versprechens
von DKV Seguros, ihren Kunden einen
exzelenten Service zu bieten.**

Innerhalb dieses Programms hat DKV Seguros eine Restrukturierung der Vertragstexte ihrer Produkte vorgenommen und dadurch die Versicherungsdeckungen in Klarheit - sowohl der Form nach als auch hinsichtlich ihres Inhalts - geschaffen, damit unsere Versicherten stets genau wissen, was ihre Versicherung ihnen anbietet.

DKV Seguros sagt, dass wir das "Kleingedruckte" nicht mögen, weil wir in die Qualität unserer Produkte vertrauen, deren Design und Vermarktung stets dem Prinzip der Innovation folgt 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 DKV Versicherungspolice festgelegt wird.

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

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

Wir hoffen, dass sie Ihnen nützlich sind.

ZUM VERTRAG

WAS BEDEUTEN DIE "ALLGEMEINEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN"?

Bei den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, auch "Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen" genannt, handelt es sich um einen Vertrag, in dem die Rechte und Obliegenheiten sowohl von DKV Seguros als auch vom Versicherungsnehmer bzw. 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 des "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 berechtigt, persönliche Daten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen von Unternehmen der Versicherungsgruppe einzuholen sowie an diese weiterzugeben.

Daten über den Gesundheitszustand der versicherten Personen werden nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies Voraussetzung zur Auszahlung von Versicherungsleistungen, die unter den Versicherungsschutz der Police fallen, ist, und zwar nur zu diesem Zweck.

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

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

LEISTUNGSMODALITÄT UND ERWEITERUNG DER VERSICHERUNG

WODURCH ZEICHNET SICH DAS PRODUKT "DKV MUNDISALUD" HAUPTSÄCHLICH AUS?

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

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

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

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

Sie können frei unter den im DKV Ärzte- und Klinikverzeichnis (Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios") 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 KOSTEN-ERSTATTUNG 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? WELCHE %-SÄTZE UND LIMITIERUNGEN SIND IN DER POLICE FESTGELEGT?

Das Produkt "DKV Mundisalud" erstattet vertragsgemäß in Abhängigkeit der vereinbarten Deckungsmodalität einen Prozentsatz des Rechnungsbetrages der

medizinisch notwendigen Leistungen bis zu den Höchstgrenzen, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind.

WO GILT MEINE VERSICHERUNG?

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

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

VERSICHERTENKARTE DKV MEDI-CARD®

KANN EIN MIT DKV SEGUROS VERTRAGSGEBUNDENER ARZT DES "RED DKV DE SERVICIOS SANITARIOS" NEBEN DER KOSTENÜBERNAHMEGARANTIE DIE VORLAGE MEINER VERSICHERTENKARTE DKV MEDI-CARD® VERLANGEN?

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

WIE VIEL EURO MUSS ICH FÜR JEDE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG BEZAHLEN?

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" 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" in keinem Fall zurück.

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

Bitte wenden Sie sich bei Verlust Ihrer Versichertenkarte direkt an uns.

Wir lassen Ihnen eine neue Karte zukommen.

WIE KONTAKTIERE ICH DKV SEGUROS?

Sie können sich direkt mit unserem DKV Kunden-Center 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 mit DKV Seguros vertragsgebundenen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen des "Red DKV de Servicios Sanitarios" benötigt.

Suchen Sie einen Arzt oder eine medizinische Einrichtung auf, die nicht mit DKV Seguros unter Vertrag steht, ist eine Autorisation in keinem Fall notwendig.

FÜR WELCHE UNTERSUCHUNGEN UND LEISTUNGEN INNERHALB DES DKV VERTRAGSNETZES "RED DKV DE SERVICIOS SANITARIOS" BENÖTIGE ICH EINE AUTORISATION?

Für umfangreichere diagnostische Verfahren, Transport 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 NICHT PERSÖNLICH AUFSUCHEN KANN?

Über unser Kunden-Center unter der Telefonnummer 902 499 499, per Fax unter 902 499 000 oder über unsere Homepage 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 entsprechenden Nachlass entscheiden.

MEDIZINISCHE LEISTUNGEN

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" 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 unseres Ärzte- und Kliniknetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" 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 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 zahnmedizinische Behandlungen, das Entfernen von Zähnen (Zahnextraktionen), die Behandlungen der Mundschleimhaut, Fluorizierungen, die Zahn- und Mundreinigung und die im Rahmen dieser Behandlungen erforderlichen Röntgenleistungen.

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

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

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 MUNDISALUD" ARZNEIMITTEL MIT VERSICHERT?

Arzneimittel sind nur im Rahmen von stationären Aufenthalten abgedeckt.

IST DIE EPIDURALANÄSTHESIE BEI GEBURTEN MIT VERSICHERT?

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

IST BEI "DKV MUNDISALUD" DER CHIRURGISCHE EINGRIFF BEI KURZSICHTIGKEIT MIT VERSICHERT?

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

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

DECKT "DKV MUNDISALUD" AUCH DIE KLINISCHE PSYCHOLOGIE AB?

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

- Psychische Krankheiten: Depression, Schizophrenie und psychische Störungen.
- Verhaltensstörungen: Neurosen, wie Angstzustände, 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?

Auch die Familienplanung ist im Versicherungsschutz eingeschlossen. Sowohl das Einsetzen eines Intrauterin-Pessars (IUP - Spirale), als auch die Eileiterunterbindung sowie die Vasektomie sind abgedeckt. Die Kosten für das Intrauterin-Pessar sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Bei der Eileiterunterbindung und der Vasoresektion ist eine Wartezeit zu erfüllen, da es sich hierbei jeweils um chirurgische Eingriffe handelt.

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 MITVERSICHERT?

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

mindestens neun Monate im Jahr in Spanien ansässig sind.

Weiterhin genießen Sie einen zusätzlichen Auslandsreiseschutz in allen Deckungsmodalitäten, der Ihnen eine medizinische Versorgung für max. 90 Tage je Reise oder Aufenthalt im Falle einer plötzlichen Erkrankung (Notfall) oder eines Unfalls während einer Auslandsreise gewährleistet (vergleichen Sie Anhang I).

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

Die Nummer für die Meldung von Notfällen im Ausland lautet 00 34/91 379 04 34.

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

STATIONÄRE BEHANDLUNGEN

WAS MUSS ICH BEI EINER GEPLANTEN STATIONÄREN BEHANDLUNG BEACHTEN?

Bei einer geplanten stationären Behandlung in einer mit DKV Seguros im Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" 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" vertragsgebundene Klinik, ist eine vorherige Autorisation nicht notwendig. Zur Bearbeitung Ihres Erstattungsantrages benötigen wir die angefallenen Rechnungen, die ärztliche Einweisung und den Arzt- und Entlassungsbericht.

WAS MUSS ICH BEI DER NOTFALL-AUFNAHME 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, auf der Intensivstation oder bei Frühgeborenen, die in einem Inkubator versorgt werden.

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 DKV Seguros zuvor vorgelegte Reklamation beim Comisionado para la Defensa del cliente de Servicios Financieros (Beauftragter des spanischen Aufsichtsamtes für Finanzdienstleistungen) mit Sitz Paseo de la Castellana 44 in 28046 Madrid einreichen.

Bitte beachten Sie, dass Reklamationen beim Beauftragten des spanischen Aufsichtsamtes 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.

ZUSÄTZLICHE SERVICE-LEISTUNGEN

Nachfolgend finden Sie eine Auflistung derjenigen Service-Leistungen, die DKV Seguros den versicherten Personen von "DKV Mundisalud" zusätzlich zum Versicherungsschutz zur Verfügung stellt. Die Details für den Zugang zu diesen Service-Leistungen sowie deren Kosten finden sie in den Ärzteverzeichnissen, die DKV Seguros jährlich herausgibt und auf ihrer Internetseite www.dkvseguros.es veröffentlicht.

ZAHNMEDIZINISCHER SERVICE

Für zahnmedizinische Behandlungen, die nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen sind, stellt Ihnen DKV Seguros über ihr Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" Leistungen zu sehr günstigen Konditionen zur Verfügung.

REFRAKTIVE LASER-CHIRURGIE BEI FEHLSICHTIGKEIT (KURZ- UND WEITSICHTIGKEIT, HORNHAUTVERKRÜMMUNGEN)

DKV Seguros stellt den versicherten Personen vertragsgebundene Augenkliniken "Red de Clínicas Oftalmológicas" zur Verfügung, die auf die refraktive Laserchirurgie bei Fehlsichtigkeit spezialisiert sind (Kurz- und Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmungen) und bei denen sie vorteilhafte Preise und Bedingungen für diese Leistungen in Anspruch nehmen können.

MEDIZINISCH UNTERSTÜTZTE FORTPFLANZUNG

Hierbei handelt es sich um eine Service-Leistung, bei der die versicherte Person über die Verfahren und den Zugang zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung in angesehenen, vertragsgebundenen Einrichtungen beraten wird und als Kunde von

DKV Seguros alle Vorteile genießt. Die Kosten für diese Leistung trägt die versicherte Person.

Ist die versicherte Person an der Durchführung eines solchen Verfahrens interessiert, muss sie dies DKV Seguros zuvor mitteilen, damit von dort eine Information über die notwendigen Schritte und Voraussetzungen erfolgt.

VERTRAGSKLINIKEN IN DEN VEREINIGTEN STAATEN

Über diesen Service steht den versicherten Personen von "DKV Mundisalud" ein umfassendes Netz von vertragsgebundenen Kliniken in den Vereinigten Staaten zur Verfügung. Möchten unsere Kunden eine dieser vertragsgebundenen Kliniken in den Vereinigten Staaten aufsuchen, müssen sie nach vorheriger Autorisation durch DKV Seguros nicht für den gesamten Rechnungsbetrag in Vorleistung treten, sondern Sie müssen lediglich den Betrag bezahlen, der nicht durch die Police abgedeckt ist. Die restlichen Kosten werden direkt von DKV Seguros bezahlt.

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

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 Diagnose und zeigen ggf. mögliche alternative Behandlungsformen auf.

SERVICE ZUR TABAKENTWÖHNUNG

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

Die 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, in dem der Patient Ratschläge und Hilfe bekommt.

TELEFONISCHES KUNDEN-CENTER

In unserem telefonischen Kunden-Center können sich unsere versicherten Personen über das Ärzteverzeichnis, die Beantragung von Autorisierungen, das Abschließen von Policen oder die

Serviceleistungen unseres Unternehmens informieren, sowie Anregungen oder Beschwerden anbringen, ohne persönlich bei der Geschäftsstelle vorbeigehen zu müssen.

DKV GESUNDHEITSBERATUNG (LÍNEA MÉDICA 24 STUNDEN)

Unsere Kunden können sich persönlich per Telefon von unseren Ärzten beraten lassen, ihre Sorgen und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome äußern, allgemeine Gesundheitsprobleme besprechen oder sich über Arzneimittel informieren.

SPEZIELLE MEDIZINISCHE HOTLINE RUND UM DIE GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN (24 STUNDEN)

Telefonischer Beratungsservice, bei dem ein angesehenes Team von hochspezialisierten Kinderärzten Rat und Antworten auf alle Fragen im Hinblick auf Symptome, Gesundheitsprobleme oder Medikamente, die versicherte Personen unter 14 Jahre betreffen, gibt (Telefon 902 499 799).

MEDIZINISCHE BERATUNG DURCH DKV SEGUROS IM INTERNET

Dieser Service stellt der versicherten Person von DKV Seguros medizinische Beratung über das Internet bereit (www.dkvseguros.com) und bietet Information sowie Lösungsvorschläge bei Zweifeln über die Wirksamkeit medizinischer Verfahren, Gesundheitsprobleme oder Medikamente.

CLUB DE SALUD (WWW.CLUBDKV.COM)

Alle versicherten Personen von DKV Seguros sind automatisch Mitglied im Club de Salud, der ihnen eine vielfältige Palette an Freizeitaktivitäten und gesundheitsfördernden Dienstleistungen zu günstigen Preisen in ganz Spanien bietet, um zu einer besseren Lebensqualität beizutragen.

Im Club de Salud ist eine beträchtliche Zahl von Leistungsanbietern auf dem ganzen spanischen Territorium zusammengefasst.
(www.clubdkvseguros.com/awa/clubsalud/).

BIOETHIKFORUM

DKV Seguros stellt ihren versicherten Personen ein unabhängiges medizinisches Experten-Team für bioethische Fragen zur Verfügung, das in absoluter Vertraulichkeit bei schweren Erkrankungen die Krankengeschichte analysiert und seine Meinung zu bioethischen Aspekten von schwierigen medizinischen Entscheidungen kundgibt.

VERSICHERUNGSVERTRAG: 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 das Aufsichtsamt 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, 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 56 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 unseren Geschäftsstellen 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 des spanischen Aufsichtsamtes für Finanzdienstleistungen) mit Sitz Paseo de la Castellana 44 in 28046 Madrid seine der DKV Seguros zuvor vorgelegte Beschwerde einreichen.

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

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

2.

GRUNDKONZEPTE. DEFINITIONEN

Für den vorliegenden
Versicherungsvvertrag gelten folgende
Begriffsdefinitionen:

A

AMBULANTE OPERATIONEN

Alle chirurgischen Eingriffe, die in
einem Operationssaal unter lokaler oder
regionaler 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 ERKRANKUNGEN, 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.

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 ihrer Police erleidet.

ARZTHONORARE

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

Hierzu 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 Betrag.

C**CHIRURGISCHER EINGRIFF**

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

CHIRURGISCHE EINGRIFFE MIT KURZEM STATIONÄREM AUFENTHALT

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

CHIRURGISCHE PROTHESE

Künstlicher Ersatz eines Körperorgans der mittels eines speziellen Operationsverfahrens vorübergehend oder dauerhaft eingepflanzt wird und ein Organ ersetzt oder seine Funktionsfähigkeit unterstützt.

D**DKV VERTRAGSNETZ
(MODALITÄT SACHLEISTUNGSPRINZIP)**

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

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.

K**KARDIOLOGISCHE REHABILITATION**

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

KLINISCHE PSYCHOLOGIE

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

KLINISCHER PSYCHOLOGE

Auf klinische Psychologie spezialisierter examinierter Psychologe.

KRANKENHAUS ODER KLINIK

Alle öffentlichen oder privaten Einrichtungen, die für die Behandlung von Krankheiten, Verletzungen, Unfällen gesetzlich zugelassen sind, über die notwendigen Mittel zur 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

MEDIZINISCHE VERSORGUNG

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

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

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

MTA / KRANKENPFLEGEPERSONAL

Medizinisch Technische Assistenten oder staatlich anerkannte Krankenschwestern oder -pfleger.

N

NEUGEBORENE N VERSORGUNG

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

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 (MODALITÄT KOSTENERSTATTUNGSPRINZIP)

Ärzte, medizinische Fachkräfte und Einrichtungen, die nicht unter das Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros fallen.

O

ORTHOPÄDISCHES MATERIAL

Anatomisches Material, das zur Prävention oder Behandlung von Formveränderungen der menschlichen Stütz- und Bewegungsorgane eingesetzt wird.

OSTEOSYNTHESEMATERIAL

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

P

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 Verfahren zur Wiederherstellung von Gewebe, die Natur-, Zell- oder Molekulartherapie 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.

S

SCHADENFALL

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.

SPEZIALSTATION

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

STATIONÄRE BEHANDLUNG

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 aus ärztlicher oder medizinischer Sicht 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

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 inbegriffen 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.

VERSICHERUNGSAALTER

Das Alter der versicherten Person, das ausgehend vom Halbjahr näher an dem vergangenen oder nächsten Geburtstag liegt. Als Berechnungsgrundlage gilt der Tag, an dem die Police in Kraft tritt.

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

VERSICHERUNGSNEHMER

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

VERTRAGSGEBUNDENE LEISTUNGSERBRINGER

(SACHLEISTUNGSPRINZIP). "RED DKV DE SERVICIOS SANITARIOS"

Ärzte, medizinische Fachkräfte und Einrichtungen, die innerhalb Spaniens zu den Vertragspartnern von DKV Seguros zählen.

VORERKRANKUNG

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

W**WARTEZEIT**

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

Z**ZUZÄHLUNGEN**

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

3.

LEISTUNGSMODALITÄT, ERWEITERUNG UND ÖRTLICHER GELTUNGSBEREICH DER VERSICHERUNG

3.1 VERSICHERUNGSGEGENSTAND

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

Wissenschaftliche Fortschritte auf dem Gebiet der Therapeutik und Diagnostik, die während der Gültigkeitsdauer dieser Versicherungspolice gemacht werden, können mit in den Versicherungsschutz aufgenommen werden, sofern sie durch die vom Gesundheitsdienst der jeweiligen spanischen autonomen Region (Servicios de Salud de las CC.AA.) oder dem spanischen Gesundheitsministerium abhängigen spanischen Behörden zur "Bewertung medizinischer Technologien (AETS –

Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias) in Form eines Gutachtens 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 Mundisalud" handelt es sich um ein gemischtes System, bei dem die versicherte Person zwischen zwei Möglichkeiten frei wählen kann:

- › Alle in der Police beschriebenen Versicherungsleistungen können über das "Red DKV de Servicios Sanitarios" in ganz Spanien in Anspruch genommen werden (Modalität 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 mit im "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros vertragsgebunden sind.

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

DKV Seguros erstattet Rechnungen von vertragsgebundenen Leistungserbringern des "Red DKV de Servicios Sanitarios" in keinem Fall zurück.

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

3.3 GELTUNGSBEREICH

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

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

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

3.4 ZUGANG ZU DEN VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Spezielle Regelung zur Inanspruchnahme der vertragsgebundenen Leistungserbringer.

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

a) DKV Seguros händigt dem Versicherungsnehmer 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", 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 von DKV Seguros "Red DKV de Servicios Sanitarios" hat die versicherte Person entweder freien Zugang zu den im Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen oder sie muss vor Inanspruchnahme bestimmter Leistungen einen Kostenübernahmeantrag an DKV Seguros stellen. Im Allgemeinen handelt es sich bei Leistungen ohne Kostenübernahmegarantie (Autorisation) um die ambulante medizinische Erstversorgung, um Besuche bei Fachärzten und Chirurgen, 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" aufgeführt sind, ist eine Autorisation notwendig.

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

d) Rechnungen von vertragsgebundenen Leistungserbringern des "Red DKV de Servicios Sanitarios" erstattet DKV Seguros in keinem Fall zurück. 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" muss die Versichertenkarte DKV Medi-Card® zur Identifikation vorgelegt werden.

Möglicherweise wird auch gefordert, den Personalausweis bzw. ein anderes offizielles Identifikationsdokument (Reisepass o.ä.) vorzulegen.

DKV Seguros stellt Autorisationen auf schriftliche Verordnung eines Arztes und nach einer angemessenen, verwaltungstechnischen Prüfung aus.

Im Sinne dieser Prüfung 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.

Unbeachtet der vorherigen Absätze müssen bei Notfällen die jeweiligen Umstände entweder durch den Versicherten selbst oder durch eine andere Person in ihrem 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 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 Schadenfall 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" 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".
- > Der Erstattungsbetrag wird auf das vom Versicherten benannte Konto überwiesen. Diese Überweisungsart ist rechtskräftig und befreit DKV Seguros von der Leistungspflicht.
- > Die Erstattung von Rechnungen, die in anderen Währungen / Devisen vom Versicherten bezahlt werden, erfolgt in Spanien in EUR zu dem Tageskurs, an dem die Rechnung bezahlt wurde. Geht der Tag, an dem die Rechnung bezahlt wurde, nicht aus der

Rechnung hervor, dienen das Rechnungsdatum oder der Behandlungstag als Berechnungsgrundlage.

- › Die Kosten für die Übersetzung von Berichten, Rechnungen oder Arzthonoraren trägt DKV Seguros, vorausgesetzt, dass es sich um Englisch, Deutsch, Französisch oder Portugiesisch handelt.
- Kosten für Übersetzung 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 Schadenfall haften, in

Höhe des gezahlten Schadenersatzes 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 Verwandten der versicherten Person bis dritten Grades, Adoptiveltern oder -kindern, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, geltend gemacht werden.

4.

VERSICHERUNGSUMFANG

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

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

a) AMBULANTE HEILBEHANDLUNG

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

Außerdem ausdrücklich eingeschlossen sind folgende Gebiete:

- > Die im Artikel 4.7 detailliert aufgeführten Vorsorgeprogramme.
- > Die klinische Psychologie.
- > das Einsetzen einer IUP – Spirale.
- > Logopädie und Phoniatrie.
- > Kleine chirurgische Eingriffe der durch die spanische Ärztekammer OMC (Organización Médica Colegial) festgelegten Gruppen 0 bis I, ausschließlich in der Arztpraxis.

- > Schlafdiagnostik oder Polychromografie.

- > Schmerztherapie, zur Behandlung von chronischen Schmerzen.

b) STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG

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

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

- Gemäß der abgeschlossenen Behandlungsmodalität:

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 Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

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

4.2 NOTFALLBEHANDLUNGEN

Häusliche Notfallbehandlung: erste medizinische Notfallversorgung beim Versicherten zu Hause (24 Stunden Service), wie Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde, Krankenpflege sowie der Transport im Krankenwagen.

Ambulante Notfallbehandlung: ambulante Notfallversorgung in einer medizinischen Einrichtung, die über einen 24-Stunden Notfalldienst verfügt. Umfasst außerdem den Transport im Krankenwagen.

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

4.3 MEDIZINISCHE VERSORGUNG DURCH FACHÄRZTE UND CHIRURGEN

Allergologie und Immunologie. Kosten für Impfungen sind von der versicherten Person zu tragen.

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. Hierbei umfasst der Versicherungsschutz auch die Kosten der 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, Familienplanung, Diagnostizierung von Unfruchtbarkeit und Sterilität.

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

Hämatologie und Hämotherapie.

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

Innere Medizin.**Nuklearmedizin.****Nephrologie (Behandlung von Nierenkrankheiten).****Neonatalogie (Behandlung von Früh- und Neugeborenen).****Pneumologie – Atmungsapparat.****Neurochirurgie.****Neurologie.**

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

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind Triple-Tests, EBA-Tests, die Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) oder Chorionbiopsie zur Untersuchung von Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fötus, bis zu einer Höchstsumme für jede versicherte Person und Jahr, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind als Summe für jedwede vorher genannte Leistung, wenn die versicherte Person Leistungserbringer außerhalb des Netzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" in Anspruch nimmt.

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

Außerdem sind bis zum 14. Lebensjahr Zahnversiegelungen und Zahnfüllungen abgedeckt.

Alle restlichen Leistungen können über den zahnmedizinischen Service in Anspruch genommen werden. Die Kosten gehen zu Lasten der versicherten Person (siehe "Zusätzliche Service-Leistungen").

Augenheilkunde. Inklusive Hornhauttransplantationen sowie die Nutzung der Laserchirurgie, ausgenommen jedoch zur Korrektur von Fehlsichtigkeit (Kurz- oder Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmungen). Diese gehen zu Lasten des Versicherten (vergleiche "Zusätzliche Service-Leistungen").

Onkologie.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde:

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. Inklusive 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 von Physiotherapeuten durchgeführt werden.

Rheumatologie.

Traumatologie / Unfallchirurgie.

Inklusive der Arthroskopie, perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse.

Urologie. Inklusive der 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. Inklusive aller gewöhnlichen Verfahren der diagnostischen Radiologie wie allgemeine Radiologie, Computertomographien, Kernspintomographien 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-Sonographie und Hämodynamik.

Neurophysiologie. Elektroenzephalogramm, Elektromyogramm etc.

Schlafdiagnostik. Polysomnographie bei pathologischen Erscheinungsbildern auf Verordnung eines Facharztes.

Interventionelle, invasive und viszerale Radiologie.

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

Positronenemissionstomographie (PET). Zur onkologischen Diagnostik nach allgemein anerkannten klinischen Erkenntnissen.

4.5 THERAPEUTISCHE VERFAHREN

Aerosoltherapie, Sauerstofftherapie und Ventilationstherapie im Rahmen einer stationären oder häuslichen Behandlung.

Die Kosten für Medikamente sind bei ambulanter Behandlung nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Analgesie und Schmerzbehandlung. Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch auf Techniken der Schmerzbehandlung spezialisierte Einrichtungen. Medikamente sind lediglich im Rahmen von stationären Aufenthalten abgedeckt (siehe Artikel 5 Einschränkung der Leistungspflicht).

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 Behandlung ausschließlich während der Tage der Behandlung der akuten Niereninsuffizienz.

Ausdrücklich ausgeschlossen sind chronische Nierenerkrankungen.

Medizinische Fußpflege. Behandlung der Füße.

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

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind alle 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 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.

Sowohl ambulante als auch stationäre Durchführung zur Verabreichung der Antitumormedikamente sowie der notwendigen Kathetersysteme, sofern diese durch den behandelnden Facharzt verschrieben wurden.

Im Hinblick auf Medikamente übernimmt DKV Seguros die Kosten für alle Zytostatika, die auf dem spanischen Markt vertrieben werden und vom spanischen Gesundheitsministerium genehmigt worden sind sowie die die intravesikale Instillation von BCG erhalten haben.

4.6 STATIONÄRE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

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

Die stationäre 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, Strahlentherapie 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.
- > Familienplanung: Eileiterunterbindung und Vasektomie.
- > 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.

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 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 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 medizinische Versorgung durch den Kinderarzt ein, sowohl bei konventioneller Behandlung als auch bei Behandlungen im Inkubator.

5. Stationäre Aufnahme zur psychiatrischen Behandlung. Eingeschlossen ist die psychotherapeutische Behandlung durch einen ärztlichen Psychiater. Im Versicherungsschutz sind lediglich akute Fälle eingeschlossen. Die Leistungspflicht ist auf eine max. Dauer der stationären Behandlung pro Kalenderjahr begrenzt, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und 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" 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 praktischer und theoretischer Unterricht in Kinderkrankenpflege.
- › Untersuchung des Neugeborenen, inklusive Untersuchung auf Stoffwechselerkrankungen, Hör- und Sehtest sowie Ultraschall.
- › Vorgeschriebene Kinderschutz-Impfung, 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 Untersuchung zur Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs.
- › Jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung. Bestehend aus Kontrolluntersuchung, Kolposkopie, Zytologie, gynäkologischem Ultraschall und Mammographie 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, Thoraxradiographie 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 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 bei 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 bis 14 Jahre.

> Professionelle Zahnreinigung, falls notwendig.

Klinische Psychologie. Inklusive individueller klinisch-therapeutischer Psychotherapie in dafür vorgesehenen Einrichtungen, vorausgesetzt dies wurde zuvor von einem vertragsgebundenen medizinischen Psychiater oder Kinderarzt verschrieben und die Behandlung wird von einem vertragsgebundenen Psychologen ausgeführt. Die versicherten Personen können diese Leistung beim Auftreten der nachfolgend aufgeführten Krankheitsbilder in Anspruch nehmen, 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, 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 eine Höchstanzahl an abgedeckten 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 sind.

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.
- › Vasektomie.

Chirurgische Prothesen. Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die Verordnung und das Einsetzen von Gelenk-, Gefäßprothesen (Herzklappen, Bypass, Stent, temporärer oder permanenter Herzschrittmacher und automatischer Defibrillator) und Gelenkendoprothesen.

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind Osteosynthesematerial, Kunststoffnetze bei Verletzungen der Bauchdecke, intraokulare Linsen, äußere Festhalter (Fixateur externe), 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" 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, der 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 AUSLANDSREISE- VERSICHERUNG

Für Reisen und vorübergehende Aufenthalte im Ausland sieht die Versicherung einen weltweiten Auslandsreiseschutz von max. 90 Tagen je Reise vor. Die Versicherungsleistungen dieses Auslandsreiseschutzes werden in Anhang I der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen detailliert aufgeführt. Für die Inanspruchnahme dieser Leistungen steht den versicherten Personen die Telefonnummer 0034/ 91 379 04 34 zur Verfügung.

5.

EINSCHRÄNKUNG DER LEISTUNGSPFLICHT

Vom allgemeinen Versicherungsschutz dieser Police ausgeschlossen sind:

a) Alle vor Abschluss des Versicherungsvertrages oder Einschluss von weiteren Versicherten bestehenden Erkrankungen, Verletzungen, Krankheitsbilder oder Leiden und deren Folgeerscheinungen, anlagebedingte oder angeborene physische Schäden sowie Unfallfolgen und Folgeerscheinungen von Krankheiten, vorausgesetzt, dass diese dem Versicherungsnehmer oder Versicherten bekannt waren und nicht angegeben wurden.

Diejenigen vor Vertragsschließung unbekannten Vorerkrankungen sind nach Ablauf einer Frist von einem Jahr nach Inkrafttreten oder Einschluss von weiteren Versicherten nicht mehr anfechtbar.

b) Alle von der Wissenschaft als medizinisch nicht wirkungsvoll oder sicher anerkannten diagnostischen und therapeutischen Verfahren sowie eindeutig überholte Verfahren.

c) Schäden oder 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, Bungeejumping, 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 Genussmittelmissbrauch, 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, Akupunktur, Naturtherapie, Homöopathie, Chiropraxie, Lymphdrainage, Mesotherapie, Gymnastik, Osteopathie, Hydrotherapie, 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) Positronenemissionstomographie

(PET), außer zu der in den „Diagnostischen Verfahren“ unter Artikel 4.4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Behandlung.

j) Medizinisch-chirurgische Behandlungen des Schnarchens oder des obstruktiven Schlafapnoesyndroms.

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 freiwillige Schwangerschaftsunterbrechung, auch wenn diese gesetzlich zugelassen ist sowie die Behandlung von Unfruchtbarkeit oder Verfahren zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung.

m) Alle Prothesen und anatomischen Teile (Körperstrukturen), sofern sie nicht ausdrücklich im Artikel "Versicherungsumfang" der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

Kunsterzen, Hautersatz, natürliche Transplantate und Material sind ebenso ausgeschlossen.

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

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

p) Psychiatrie und klinische Psychologie: alle Behandlungen, 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 hervorgerufenen Sprachstörungen und Stimmproblemen.

r) Regenerative Medizin und deren Anwendungen.

s) 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) 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.

v) 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.

w) 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.

x) Pharmaka, Arzneimittel und jegliche Heilmittel, mit Ausnahme der während eines stationären Aufenthaltes verabreichten.

Medikamente für eine ambulante Chemotherapie gemäß den unter dem Artikel "Therapeutische Verfahren" festgelegten Bestimmungen sind im Versicherungsschutz eingeschlossen.

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.

z) Untersuchungen zur Bestimmung des genetischen Profils zu prognostischen oder vorbeugenden Zwecken sowie alle anderen gentherapeutischen oder diagnostischen Verfahren oder Behandlungen mittels Gentherapie. Im Versicherungsschutz mit inbegriffen 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, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind, eine Wartezeit zu erfüllen:

1. Für alle chirurgischen Eingriffe und stationären Behandlungen sowie chirurgischen Prothesen – unabhängig von ihrer Ursache. Lebensbedrohliche Notfälle oder Unfälle sind hiervon ausgeschlossen.
2. Für Geburten (auch Frühgeburten) oder Kaiserschnitte.
3. Für Transplantationen.

Die Wartezeiten sind sowohl für medizinische Leistungen innerhalb des Netzwerkes "Red DKV de Servicios Sanitarios" 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 sechs verschiedenen Modalitäten gewählt werden. Die medizinische Versorgung in Notfällen ist in allen Modalitäten abgedeckt.

a) Deckungsmodalität Stationäre Behandlung:

7.1 DKV MUNDISALUD CLASSIC HOSPITALIZACIÓN (STATIONÄRE BEHANDLUNG)

Diese Modalität ist ein gemischtes System mit Kostenrückerstattung. Eingeschlossen sind die unter Artikel 4.6 beschriebenen Versicherungsleistungen und erstattungsfähigen Aufwendungen aller chirurgischen Fachrichtungen im Rahmen von stationären Behandlungen inklusive präoperativer und präanästhetischer Analysen (Beratung, Analyse, Elektrokardiogramm), Visiten und dem Eingriff unmittelbar folgende postoperative Behandlungen (bis zu 2 Monate nach dem chirurgischen Eingriff), die Medikamente während des stationären Aufenthaltes und ambulante chirurgische Eingriffe.

Ebenso eingeschlossen sind Notfallbehandlungen im Krankenhaus – wenn erforderlich mit stationärer Unterbringung –, der Auslandsreisenschutz, der Zugang zu den zusätzlichen Service-Leistungen und die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes (siehe Artikel 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Folgende Leistungen sind ausdrücklich in dieser Deckungsmodalität eingeschlossen:

- › 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 chirurgische Eingriffe
- › Interventionelle, invasive und viszerale Radiologie
- › Familienplanung: Eileiterunterbindung und Vasektomie

- › Stereotaktische Radioneurochirurgie
- › Arthroskopie
- › Chirurgie der Nasenhöhlen und der Nasenmuschel mit Hilfe von Radiofrequenztherapie.
- › Im Operationssaal durchgeführte Lasertherapie der Augen und Proktologie, periphere Gefäßchirurgie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.
- › Perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse
- › Chirurgische Prothesen

Leistungsausschlüsse: Die ambulante Behandlung (allgemeinärztliche und fachärztliche Behandlungen, zusätzliche diagnostische Verfahren, medizinische Untersuchungen, die Vorsorgeuntersuchungen, die klinische Psychologie, sowie der Transport im Krankenwagen).

Die versicherte Person kann wählen, ob sie die medizinischen Leistungen direkt im Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros (Modalität Sachleistungsprinzip) in Anspruch nehmen will, indem sie sich mit ihrer Versichertenkarte DKV Medi-Card® identifiziert oder ob sie sich für die Rückerstattung der Kosten für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch Ärzte oder Medizinische Zentren außerhalb des medizinischen Netzwerkes von DKV Seguros in Spanien oder im Ausland entscheidet (Modalität Kostenerstattungsprinzip).

In beiden Fällen ist eine Wartezeit für bestimmte Leistungen zu erfüllen (siehe Artikel 6).

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

- › Zu einem Rückerstattungsprozentsatz des Gesamtrechnungsbetrages - abhängig davon, ob die Leistung in Spanien oder im Ausland erfolgte (siehe "Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen).
- › Bis zu maximalen Höchstsätzen, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen eingeführt sind:
 - Maximale Gesamthöchstleistungssumme der Versicherungspolice pro versicherte Person und Kalenderjahr.
 - Für stationäre Behandlungen (siehe Artikel 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine max. garantierte Höchstleistungssumme je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.
 - Die Kosten, die pro Tag bei stationärem Aufenthalt anfallen, sind auf eine Höchstleistungssumme begrenzt, abhängig vom Typ der

Krankenhauseinweisung. Diese Begrenzung bezieht sich auf den Aufenthalt (konventionelles Einzelzimmer mit Nasszelle und Bett für die Begleitperson), die Verpflegung des Erkrankten, die allgemeinen Pflegekosten, die benutzte Spezialeinrichtung zur Überwachung des Patienten, die ergänzenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die Kosten für die Benutzung des Operationssaales, das verwendete Material, die Benutzung des Kreissaales, die Verabreichung von Narkosemitteln und Medikamenten.

- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem oder chirurgischem Aufenthalt, einschließlich Operateure und Hilfskräfte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team sind bis zu einem Höchstleistungsbetrag pro versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.
- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine Höchstleistungsdauer begrenzt wie in Artikel 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld wie in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

b) Deckungsmodalitäten Komplettversorgung

> DKV Mundisalud Complet

> DKV Mundisalud Plus

> DKV Mundisalud Classic

> DKV Mundisalud Elite

Diese vier Deckungsmodalitäten von "DKV Mundisalud" umfassen alle medizinischen Deckungen, die in den folgenden Allgemeinen Bedingungen beschrieben sind:

1. Ambulante medizinische

Erstversorgung: Zugang zur medizinischen Heilbehandlung in der Praxis der Allgemeinmedizin, der Kinderheilkunde, die Kinderkrankenpflege, die Krankenpflege, Laboruntersuchungen (ausgenommen Hormon- und Immunproben), die konventionelle Radiologie (ohne Kontrastmittel), jährliche kardiologische Grund-Check-Ups und der Transport im Krankenwagen.

2. Medizinische Versorgung durch Fachspezialisten, diagnostische Verfahren und therapeutische Behandlungen:

der Versicherungsschutz umfasst fachärztliche Untersuchungen mit dem Ziel, fachgerechte Diagnosen mit Hilfe diagnostischer Verfahren zu stellen, notwendige fachärztliche Behandlung. Eingeschlossen sind die verschiedenartigen Vorsorgeprogramme und die klinische Psychologie.

3. Stationäre medizinische Versorgung im Krankenhaus: schließt alle medizinischen Leistungen und Aufwendungen ein, die durch Fachspezialisten bei medizinischen oder chirurgischem Eingriff anfallen und den medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt, einschließlich der Medikamente und der Prothesen.

4. Notfallbehandlungen: dringende medizinische Notfallversorgung (siehe Artikel 4.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Notfallbehandlungen).

7.2 DKV MUNDISALUD COMPLET UND DKV MUNDISALUD PLUS

Diese Modalitäten sind ein gemischtes System mit Kostenrückerstattung. Eingeschlossen in die Deckung ist die allgemeinärztliche, die fachärztliche und chirurgische Versorgung, die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren und die Krankenhausbehandlung.

Eingeschlossen ist außerdem der Auslandsreisenschutz, der Zugang zu den zusätzlichen Service-Leistungen und die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes (siehe Artikel 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Die versicherte Person kann wählen, ob sie die medizinischen Leistungen direkt im Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros (Modalität Sachleistungsprinzip) in Anspruch nehmen will, indem sie sich mit ihrer Versichertenkarte DKV Medi-Card® identifiziert oder ob sie sich für die Rückerstattung der Kosten für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch Ärzte oder

Medizinische Zentren außerhalb des medizinischen Netzwerkes in Spanien oder im Ausland entscheidet (Modalität Kostenersatzungsprinzip). In beiden Fällen ist eine Wartezeit für bestimmte Leistungen zu erfüllen (siehe Artikel 6).

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

- › Zu einem Rückerstattungsprozentsatz des Gesamtrechnungsbetrages - abhängig davon, ob die Leistung in Spanien oder im Ausland erfolgte (siehe "Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen).
- › Bis zu maximalen Höchstsätzen, die in dieser Übersicht als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:
 - Maximale Gesamthöchstleistungssumme der Versicherungspolice pro versicherte Person und Kalenderjahr.
 - Ambulante Heilbehandlung:
 - Die Arzthonorare für Beratungen, die zusätzlichen diagnostischen Verfahren und Behandlungen bei ambulanter Heilbehandlung, einschließlich des Krankentransports sind bis zu einem Höchstleistungsbetrag je versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.

- Die Beratungen in der Allgemeinmedizin, der fachärztlichen Medizin und bei Notfallbehandlungen bis zu einem Höchstbetrag je Beratung.
- Die Fruchtwasseruntersuchung, Triple Tests oder Chorionbiopsie zur Untersuchung von Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fötus wie in Artikel 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
- Stationäre Heilbehandlung:
 - Für Krankenhausaufenthalte (siehe Artikel 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine max. garantierte Höchstleistungssumme je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.
 - Die Kosten, die pro Tag bei stationärem Aufenthalt anfallen, sind auf eine Höchstleistungssumme begrenzt, abhängig vom Typ der Krankenhauseinweisung. Diese Begrenzung bezieht sich auf den Aufenthalt (konventionelles Einzelzimmer mit Nasszelle und Bett für die Begleitperson), die Verpflegung des Erkrankten, die allgemeinen Pflegekosten, die benutzte Spezialeinrichtung zur Überwachung des Patienten, die ergänzenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die Kosten für die Benutzung des Operationssaales, das verwendete Material, die Benutzung des Kreissaales, die Verabreichung von Narkosemitteln und Medikamenten.
 - Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem oder chirurgischem Aufenthalt, einschließlich Operateure und Hilfskräfte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team sind bis zu einem Höchstleistungsbetrag pro versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.
- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine Höchstleistungsdauer begrenzt wie in Artikel 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld wie in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

7.3 DKV MUNDISALUD CLASSIC UND DKV MUNDISALUD ELITE

Diese Modalitäten sind ein gemischtes System mit Kostenrückerstattung. Eingeschlossen in die Deckung ist die allgemeinärztliche, die fachärztliche und chirurgische Versorgung, die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren und die Krankenhausbehandlung.

Eingeschlossen ist außerdem der Auslandsreisenschutz, der Zugang zu den zusätzlichen Service-Leistungen und die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes (siehe Artikel 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Die versicherte Person kann wählen, ob sie die medizinischen Leistungen direkt im Vertragsnetz "Red DKV de Servicios

Sanitarios" von DKV Seguros (Modalität Sachleistungsprinzip) in Anspruch nehmen will, indem sie sich mit ihrer Versichertenkarte DKV Medi-Card® identifiziert oder ob sie sich für die Rückerstattung der Kosten für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch Ärzte oder Medizinische Zentren außerhalb des medizinischen Netzwerkes von DKV Seguros in Spanien oder im Ausland entscheidet (Modalität Kostenerstattungsprinzip).

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

- › Zu einem Rückerstattungsprozentsatz des Gesamtrechnungsbetrages - abhängig davon, ob die Leistung in Spanien oder im Ausland erfolgte (siehe "Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen).
- › Bis zu maximalen Höchstsätzen, die in dieser Übersicht als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen eingeführt sind:
 - Maximale Gesamthöchstleistungssumme der Versicherungspolice pro versicherte Person und Kalenderjahr.
 - Ambulante Heilbehandlung:

- Die Arzthonorare für Beratungen, die zusätzlichen diagnostischen Verfahren und Behandlungen bei ambulanter Heilbehandlung, einschließlich des Krankentransports sind bis zu einem Höchstleistungsbetrag je versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.
- Die Fruchtwasseruntersuchung, Triple Tests oder Choriionbiopsie zur Untersuchung von Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fötus wie in Artikel 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
- Die klinische Psychologie und die Psychischen Probleme wie in Artikel 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Stationäre Heilbehandlung:
 - Für Krankenhausaufenthalte (siehe Artikel 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine max. garantierte Höchstleistungssumme je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.
 - Die Kosten, die pro Tag bei stationärem Aufenthalt anfallen, sind auf eine Höchstleistungssumme begrenzt, abhängig vom Typ der Krankenhauseinweisung. Diese Begrenzung bezieht sich auf den Aufenthalt (konventionelles Einzelzimmer mit Nasszelle und Bett für die Begleitperson), die Verpflegung des Erkrankten, die allgemeinen Pflegekosten, die benutzte Spezialeinrichtung zur Überwachung des Patienten, die ergänzenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die

Kosten für die Benutzung des Operationssaales, das verwendete Material, die Benutzung des Kreissaales, die Verabreichung von Narkosemitteln und Medikamenten.

- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem oder chirurgischem Aufenthalt, einschließlich Operateure und Hilfskräfte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team sind bis zu einem Höchstleistungsbetrag pro versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.
- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine Höchstleistungsdauer begrenzt wie in Artikel 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld wie in Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

c) Deckungsmodalität Kombinierte Medizinische Versorgung:

7.4 DKV MUNDISALUD COMBINADO

Diese Deckungsmodalität schließt eine vollständige medizinische Versorgung ein, bei der die versicherte Person die freie Wahl hat zwischen den Ärzten und medizinischen Zentren, die im Verzeichnis "Red DKV de Servicios Sanitarios" (Leistungsmodalität

Sachleistungsprinzip), aufgeführt sind oder mit der Möglichkeit von Kostenrückerstattung bei stationärer Behandlung, wenn die Versorgung in Spanien erfolgt und durch Leistungserbringer oder medizinische Zentren, die nicht im Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip) vertraglich mit DKV Seguros verbunden sind. Eingeschlossen ist außerdem der Auslandsreiseschutz, der Zugang zu den zusätzlichen Service-Leistungen und die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes (siehe Artikel 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

a) DKV Vertragsnetz (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip): "Red DKV de Servicios Sanitarios" in Spanien.

Die versicherte Person hat Anspruch auf vollständige medizinische Versorgung (Allgemeinmedizin, fachärztliche Versorgung, medizinische Spezialisten und Chirurgen, die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren sowie die Behandlung im Krankenhaus), indem sie sich mit ihrer Versichertenkarte DKV Medi-Card® identifiziert.

b) Nicht vertragsgebundene Leistungserbringer (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip).

Die versicherte Person hat den Anspruch, die Rückerstattung der Rechnungen für die Aufwendungen für stationäre Behandlungen in Spanien zu beantragen, wenn es sich um medizinische Versorgungen handelt, die durch die Versicherung gedeckt und im folgenden aufgeführt sind:

- › Die stationäre Behandlung umfasst die Aufwendungen, die während der Behandlung im Krankenhaus entstehen, sowie daraus folgende Arzt- oder Chirurgenhonorare, inklusive der präoperativen und präanästhetischer Analysen (Beratung, Analyse und EKG) und postoperative Untersuchungen bis zu zwei Monate nach der Operation.

Außerdem sind eingeschlossen:

- › 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.
- › Familienplanung: Eileiterunterbindung und Vasektomie.
- › 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.

Leistungsausschlüsse: Die ambulante Behandlung (allgemeinärztliche und fachärztliche Behandlungen, zusätzliche diagnostische Verfahren, medizinische Untersuchungen, die Vorsorgeuntersuchungen, klinische Psychologie, sowie der medizinische Transport).

Sowohl bei der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip (Medios Propios) als auch nach dem Kostenerstattungsprinzip (Medios Ajenos) ist eine Wartezeit für bestimmte Leistungen zu erfüllen (siehe Artikel 6).

Wenn die versicherte Person Ärzte und medizinische Einrichtungen, die nicht zum Netz "Red DKV de Servicios Sanitarios) von DKV Seguros gehören, in Anspruch nimmt (Medios Ajenos - Kostenerstattungsprinzip) gelten die folgenden Regelungen:

- › Bis zu einem Rückerstattungsprozentsatz des Gesamtrechnungsbetrages - abhängig davon, ob die Leistung in Spanien oder im Ausland erfolgte (siehe "Leistungsübersicht der Deckungen und Begrenzungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen).
- › Bis zu maximalen Höchstsätzen, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:

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

8.

VERTRAGSGRUNDLAGEN

8.1 VERTRAGSABSCHLUSS UND VERSICHERUNGSDAUER

Der vorliegende Vertrag ist auf Grundlage und in Übereinstimmung der von 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 (Kündungsverzicht). Der Vertrag verlängert sich automatisch, 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 entstehenden Umstände umgehend mitzuteilen, die gemäß des vor Vertragsabschluss ausgefüllten Gesundheitsfragebogens zu einer Risikoerhöhung führen. Es handelt sich um solche Umstände, die bei Kenntnis vor Vertragsabschluss das Zustandekommen der Versicherungspolice entweder verhindert oder zur Vereinbarung von höheren Beiträgen geführt hätten.
- c) DKV Seguros einen Wohnort- oder Berufswechsel umgehend mitzuteilen.
- d) alle ihnen zur Verfügung stehenden Mittel zur Heilung einer Erkrankung oder Verletzung zu nutzen.

Bei vorsätzlicher Nichterfüllung dieser Obliegenheit ist DKV Seguros von der Leistungspflicht befreit.

- e) DKV Seguros alle Anspruchsabtretungen oder Regressforderungen zur Verfügung zu stellen.

Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Anspruch auf Schadenersatz 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" für die jeweilige autonome Region Spaniens, in der die versicherte Person ansässig ist. 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 seiner Leistungspflicht im Schadenfall 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 besteht ausschließlich dann, wenn die Zahlungsaufforderung von DKV Seguros angewiesen wurde.

Wird in den Besonderen Versicherungsbedingungen nichts Gegenteiliges vereinbart, wird der Beitrag per Lastschrift einzug angefordert. Die vollständigen Bankdaten sind DKV Seguros zusammen mit der Bankeinzugsermächtigung vom Versicherungsnehmer einzureichen.

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

Beitragsanpassungen werden gemäß den versicherungsmathematischen Kriterien erstellt und mitgeteilt. Bei jeder Vertragserneuerung dieser Versicherungspolice behält sich der DKV Seguros das Recht vor, Beitragsanpassungen und Änderungen der Zuzahlungsbeträge pro Behandlung gemäß den versicherungsmathematischen Kriterien auf der Grundlage des steigenden Leistungsbedarfs durchzuführen.

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

Ebenso ist die Festlegung der Versicherungsbeiträge abhängig vom 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 ihr zu entrichtende Beitrag dementsprechend bei Beginn des darauf folgenden Versicherungsjahres.

Für die jährlichen Beitraganpassungen gelten keine Begrenzungen. Die Höhe des Jahresbeitrages wird nach Prüfung der erhobenen Zuschläge nach dem Äquivalenzprinzip gemäß den Bestimmungen für die Versicherungstätigkeit des spanischen Versicherungsaufsichtsamtes 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 Schadenfällen, die vor Zahlung des Erstbeitrages entstehen, sofern nichts Gegenteiliges vereinbart wird.**
- d) Bei Schadenfällen, 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 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. Mitteilungen, die an den Agenten von DKV Seguros gerichtet sind, der die Police vermittelt hat, haben 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 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

EINLEITENDE BESTIMMUNGEN

VERSICHERTE PERSONEN

Alle versicherten Personen, die in Spanien ansässig und bei DKV Seguros krankenversichert sind.

DAUER UND UMFANG DER VERSICHERUNG

Der Geltungsbereich erstreckt sich weltweit. Versicherungsschutz besteht in Spanien im Hinblick auf die versicherten Leistungen nach Nr. 1, sobald die versicherte Person die Provinz verlässt, in der sich ihr Wohnsitz befindet.

Die Dauer der Versicherung entspricht derjenigen der Krankenversicherung.

GÜLTIGKEIT

Die Versicherung ist nur gültig, wenn die versicherte Person in Spanien wohnhaft ist und die Reise oder die Abwesenheit von ihrem Wohnsitz einen Zeitraum von 90 Tagen nicht überschreitet.

VERSICHERTE LEISTUNGEN

1. KRANKENRÜCKTRANSPORT VON VERLETZTEN ODER ERKRANKTEN PERSONEN

Bei Erkrankung oder Unfall der versicherten Person übernimmt der Versicherer folgende Leistungen:

a) Kostenübernahme für den Transport im Krankenwagen bis zum nächstgelegenen Krankenhaus.

b) Kontrolle durch das Ärzteteam des Versicherers unter Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten der erkrankten oder verletzten Person, um die geeigneten und notwendigen Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen oder eine eventuelle Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder den Transport an den Heimatwohnsitz der versicherten Person sicherzustellen.

c) Kostenübernahme für den Transport der erkrankten oder verletzten Person zum vorgesehenen Krankenhaus oder zum Hauptwohnsitz des Patienten in dafür geeigneten Transportmitteln.

Findet die stationäre Behandlung der versicherten Person in einem von ihrem Hauptwohnsitz weit entfernten Krankenhaus statt, übernimmt der Versicherer den Transport der versicherten Person an ihren Wohnort.

In schwerwiegenden Notfällen oder Erkrankungen wird als Transportmittel in Europa und in Mittelmeer-Anrainerstaaten – falls notwendig – ein Ambulanzflugzeug eingesetzt.

In allen anderen Ländern wird die erkrankte oder verletzte Person ansonsten mittels eines normalen Linienflugs oder anderen geeigneten, den jeweiligen Umständen entsprechenden Transportmitteln befördert.

Innerhalb Spaniens wird die erkrankte oder verletzte Person in Ausnahmefällen zum nächstgelegenen Krankenhaus transportiert, wenn sie sich bei Eintritt des Unfalls oder der Erkrankung außerhalb der spanischen Provinz aufhält, in der sich ihr Wohnsitz befindet.

2. KRANKENRÜCKTRANSPORT VON VERSICHERTEN PERSONEN

Wird die ursprünglich geplante Rückreise der mitversicherten Familienangehörigen bei Krankenrücktransport oder Verlegung einer der versicherten Personen unter Anwendung der in Punkt 1 aufgeführten Leistungen unmöglich, übernimmt der Versicherer folgende Kosten:

a) Transport der restlichen versicherten Personen bis zu deren Wohnsitz oder bis zu dem Ort, an dem die rückgeführte versicherte Person stationär behandelt wird.

b) Eine Begleitperson für die in Absatz a) aufgeführten restlichen versicherten Personen wird dann vom Versicherer zur Verfügung gestellt, wenn es sich um Kinder der rückgeführten versicherten Person unter 15 Jahren handelt, die sich nicht in Begleitung eines Angehörigen oder einer Vertrauensperson befinden.

3. VERFRÜHTE RÜCKREISE DER VERSICHERTEN PERSON AUFGRUND EINES TODESFALLS IN DER FAMILIE

Verstirbt während der Reise der versicherten Person ein Angehöriger (Ehepartner, Kinder, Eltern oder Geschwister) in Spanien und erlaubt das von ihm verwendete Transportmittel oder gebuchte Reiseticket keine frühere Rückreise, übernimmt der Versicherer die Kosten für den Transport an den Beisetzungsort des Verstorbenen in Spanien. Erfordert die persönliche oder berufliche Situation eine Fortsetzung der Reise der versicherten Person, so übernimmt der Versicherer die Kosten für die Rückkehr an den Ort, an dem sie sich bei Eintritt des Todesfalls befand.

4. VERFRÜHTE RÜCKREISE DER VERSICHERTEN PERSON AUFGRUND EINES FEUERS ODER EINES SONSTIGEN SCHADENS IN IHREM ZUHAUSE

Befindet sich die versicherte Person während einer Reise außerhalb ihres gewöhnlichen Heimatwohnsitzes und entsteht während dieser Reise ein das Zuhause unbewohnbar machendes Feuer oder Schaden, stellt der Versicherer der versicherten Person das Flug- oder Zugticket für die Rückreise an ihren Wohnort zur Verfügung.

Ist eine Rückkehr der versicherten Person an den Ausgangspunkt ihrer Reise notwendig, stellt ihr der Versicherer das entsprechende Reiseticket zur Verfügung.

5. HIN- UND RÜCKREISETICKET UND HOTELKOSTEN FÜR EINEN FAMILIENANGEHÖRIGEN

Bei einer stationären Behandlung der versicherten Person von mehr als fünf Tagen, stellt der Versicherer einem Familienangehörigen das Hin- und Rückreiseticket zur Verfügung.

Die für diesen Aufenthalt des Familienangehörigen entstehenden Hotelkosten werden vom Versicherer gegen Vorlage von Rechnungsbelegen bis max. 18 EUR pro Tag und bis max. 180 EUR für den kompletten Aufenthalt übernommen.

6. KOSTEN FÜR ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN, CHIRURGISCHE EINGRIFFE, MEDIKAMENTE UND KRANKENHAUSAUFENTHALTE

Der Versicherer übernimmt die Kosten für ärztliche Behandlungen, chirurgische Eingriffe und für die durch einen Arzt verschriebenen Medikamente bis zu einem Betrag von max. 12.000 EUR, sofern diese durch eine während der Reise eingetretene Erkrankung oder aufgrund eines Unfalls notwendig werden.

7. KOSTEN FÜR ZAHNMEDIZINISCHE NOTFÄLLE

Tritt ein plötzliches zahnmedizinisches Problem – wie etwa eine Entzündung, Zahnschmerzen oder Verletzungen – auf, das eine Notfallbehandlung erforderlich macht, übernimmt der Versicherer die durch die Behandlung entstehenden Kosten bis max. 120 EUR.

8. KOSTEN FÜR DIE VERLÄNGERUNG EINES HOTELAUFENTHALTES

Findet bei Auftreten der unter Punkt 6 genannten Aspekte eine Übernahme der medizinischen Kosten Anwendung, so übernimmt der Versicherer die Hotelkosten für eine durch einen Arzt verordnete Verlängerung des Aufenthaltes nach einer stationären Behandlung der versicherten Person bis max. 24 EUR pro Tag und bis max. 240 EUR für den kompletten Aufenthalt.

9. MEDIKAMENTENVERSAND

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

10. 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.

Für Schäden, die aufgrund von Handlungen der versicherten Person entstehen, die sie infolge dieses Gespräches unternimmt, übernimmt weder der Versicherungsnehmer, der Versicherer noch der vertragsgebundene Arzt Haftung.

11. 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 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 für den Transport entstehenden Kosten bis zum Bestattungsort 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. an ihren Heimatort in Spanien begleitet.

12. STERBLICHE ÜBERRESTE

Steht keine Person zur Verfügung, die der Überführung der sterblichen Überreste beiwohnen kann, übernimmt der Versicherer die Kosten für das Hin- und Rückreiseticket für die durch die Rechtsnachfolger bestimmte Person.

13. WIEDERBESCHAFFUNG UND VERSAND VON 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 vom Versicherer übernommen.

14. 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 seinem Aufenthaltsort ein. Die Versandkosten werden vom Versicherer bis max. 60,10 EUR übernommen.

15. KOSTEN FÜR EINEN RECHTSBEISTAND IM AUSLAND

Benötigt die versicherte Person infolge eines Unfalls einen Rechtsbeistand, übernimmt der Versicherer die dafür entstehenden Kosten bis max. 905 EUR.

Ist die versicherte Person nicht in der Lage, ihren Rechtsbeistand selber zu bestimmen, wird dieser durch den Versicherer benannt. Der Versicherer übernimmt weder Haftung für die Wahl des Rechtsbeistandes noch für entstehende Folgen.

16. VORSCHUSS EINER PROZESSBÜRGSCHAFT IM AUSLAND

Setzen die zuständigen Behörden im Ausland infolge eines Unfalls eine Strafkaution und Gerichtskosten gegen die versicherte Person fest, gewährt der Versicherer einen Vorschuss bis zu 4.210 EUR.

Dieser Vorschuss ist von der versicherten Person innerhalb von drei Monaten ab dem Zeitpunkt der Vorschussleistung an den Versicherten 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.

17. REISEINFORMATION

Benötigt die versicherte Person Informationen über ihr Reisezielland, wie z.B. Einreiseformalitäten, Bewilligung von Visa, Währung, wirtschaftliche und politische Situation, Bevölkerung, Sprache, Gesundheitsinformation über lokale Zustände, etc., steht ihr eine telefonische Servicehotline des Versicherers unter der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegebenen Telefonnummer zur Verfügung (R-Gespräche möglich).

18. 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.

VERTRAGSBESCHRÄNKUNGEN

DIE LEISTUNGSPFLICHT DES VERSICHERERS ENTFÄLLT:

a) wenn die versicherte Person dem Versicherer den Schadenfall nicht mitteilt, keinen Antrag auf Kostenübernahme stellt oder Leistungen ohne die Bewilligung des Versicherers in Anspruch nimmt. Ausgenommen hiervon sind Schadenfälle, die aufgrund höherer Gewalt oder fehlender Mittel entstehen.

b) bei in Spanien entstehenden Schadenfällen.

c) bei Komplikationen, Rückfällen oder Folgen von chronischen Erkrankungen oder Vorerkrankungen, die der versicherten Person vor Antritt der Reise bekannt waren.

d) bei Suizid oder Verletzungen bzw. Erkrankungen, die als Folgeerscheinung eines Suizidversuchs, von Selbstverstümmelung sowie aufgrund von mittel- oder unmittelbaren kriminellen Handlungen der versicherten Person auftreten.

e) bei einer medizinisch notwendigen Behandlung aufgrund von Erkrankungen oder pathologischen Erscheinungsbildern, die infolge von Sucht- oder Genussmittelmissbrauch entstehen sowie durch die Einnahme von Medikamenten, die nicht durch einen Arzt verordnet wurden.

f) bei Kosten für Prothesen, Brillen oder Kontaktlinsen, bei Geburt oder Schwangerschaft –schwere unvorhersehbare Komplikationen während der ersten sechs Schwangerschaftsmonate ausgenommen– sowie bei geistigen Erkrankungen.

g) bei Verletzungen oder Erkrankungen, die während der Teilnahme an Sportwettbewerben oder bei der See-, Berg oder Wüstenrettung von Personen entstehen.

h) bei Arzt- oder Arzneimittelkosten unter 10 EUR.

i) für Begräbnis- oder Bestattungskosten im Falle einer Überführung von Verstorbenen.

Gemäß den in Artikel 3 des Versicherungsvertragsgesetzes 50/80 festgelegten Bestimmungen erklärt der Versicherungsnehmer, dass er die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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



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.