

# DKV RESIDENTES

Mit einem durchdachten Krankenversicherungsschutz  
das Leben in Spanien entspannt genießen

> ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN



Bei diesem Schriftstück handelt es sich um die Übersetzung der spanischen Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit ausschließlich informativem Charakter.

Rechtsgültig und verbindlich sind nur die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in spanischer Sprache.

**VERSICHERUNGSPOLICE  
DKV RESIDENTES**

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

**EINGEZAHLTES GRUNDKAPITAL: 45.059.975 EUROS.**

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

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

Mod. RE CON-04306  
Stand: Januar 2008

3DNPo.CG/28\_V3a

DKV Seguros stellt dieses Schriftstück allen interessierten Personen zur Information und ohne verpflichtenden Charakter zur Verfügung. Das Ziel des Unternehmens ist es, zur Verständlichkeit und Klarheit der Information über das Unternehmen und der Versicherungsterminologie im Allgemeinen beizutragen.

# INHALTSVERZEICHNIS

	Seiten
ANMERKUNG DES GESCHÄFTSFÜHRERS . . . . .	7
WIR BEANTWORTEN IHRE FRAGEN . . . . .	10
ZUSÄTZLICHE SERVICE-LEISTUNGEN . . . . .	21
<b>VERSICHERUNGSVERTRAG: ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN</b>	
1. <b>Einleitende Klausel</b> . . . . .	26
2. <b>Grundkonzepte. Begriffsdefinitionen</b> . . . . .	28
3. <b>Leistungsmodalität, Erweiterung und örtlicher Geltungsbereich der Versicherung</b> . . . . .	35
3.1 <b>Gegenstand der Versicherung</b> . . . . .	35
3.2 <b>Leistungsmodalität der Versicherung</b> . . . . .	35
3.3 <b>Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</b> . . . . .	36
3.4 <b>Zugang zu den Versicherungsleistungen</b> . . . . .	36
3.5 <b>Regressforderungsklausel</b> . . . . .	39
4. <b>Versicherungsumfang</b> . . . . .	40
4.1 <b>Ambulante medizinische Erstversorgung</b> . . . . .	40
4.2 <b>Notfallbehandlungen</b> . . . . .	41
4.3 <b>Medizinische Versorgung durch Fachärzte und Chirurgen</b> . . . . .	41
4.4 <b>Diagnostische Verfahren</b> . . . . .	43
4.5 <b>Therapeutische Verfahren</b> . . . . .	43
4.6 <b>Stationäre medizinische Versorgung</b> . . . . .	44
4.7 <b>Zusätzliche Versicherungsleistungen</b> . . . . .	46
4.8 <b>Besondere Versicherungsleistungen</b> . . . . .	49
4.9 <b>Auslandsreiseversicherung</b> . . . . .	50

5.	<b>Einschränkungen der Leistungspflicht</b> .....	51
6.	<b>Wartezeiten</b> .....	56
7.	<b>Versicherungsleistungen gemäß vereinbarter Deckungsmodalität</b> ....	57
7.1	Klausel zur Fortführung des Versicherungsschutzes innerhalb der Gruppe DKV AG bei Rückkehr nach Deutschland .....	58
8.	<b>Vertragsgrundlagen</b> .....	59
8.1	Vertragsabschluss und Versicherungsdauer .....	59
8.2	Rechte und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen .....	60
8.3	Obliegenheiten von DKV Seguros .....	60
8.4	Versicherungsbeitrag .....	60
8.5	Verlust von Ansprüchen und Auflösung des Vertrages .....	62
8.6	Schriftliche Mitteilungen .....	62
8.7	Besondere Gesundheitsrisiken .....	63
8.8	Steuern und Abgaben .....	63
	<b>ANHANG I: AUSLANDSREISEVERSICHERUNG</b> .....	64
	<b>ANHANG II: ÜBERFÜHRUNG DES VERSTORBENEN IM TODESFALL</b> .....	71
	<b>ANHANG III: BEST CARE</b> .....	74

## **ANMERKUNG 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 exzelenen 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](http://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.

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.

### **WELCHE DOKUMENTE UND UNTERLAGEN ERHALTE ICH BEI ABSCHLUSS MEINER VERSICHERUNG?**

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

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 Inanspruchnahme oder Auszahlung von Versicherungsleistungen ist, die unter den Versicherungsschutz der Police fallen, 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 RESIDENTES" HAUPTSÄCHLICH AUS?

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

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

Hier gilt das Erstattungsprinzip: der Kunde tritt in Vorleistung und erhält den Rechnungsbetrag zu den Prozentsätzen und mit den Limitierungen, die in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind, zurückerstattet (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip).

## 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 KOSTENERSTATTUNG BEI DKV SEGUROS?

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

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

Das Produkt “DKV Residentes” erstattet vertragsgemäß 100 % des Rechnungsbetrages der medizinisch notwendigen Kosten innerhalb Spaniens, ohne Leistungsbegrenzung, bis auf die in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegten Höchstgrenzen für bestimmte Fachrichtungen oder konkrete medizinische Inanspruchnahmen:

- › Zahnmedizinische Leistungen werden zu 80 % erstattet, bis max. 3.000 EUR je versicherte Person und Jahr. Hierbei dient die Summe aus den Leistungsmodalitäten Sachleistungsprinzip und Kostenerstattungsprinzip als Berechnungsgrundlage.
- › Alternative und komplementäre Therapieformen: Homöopathie wird zu 100 % erstattet, bis max. 50 EUR pro Beratung / Sitzung.
- › Für Brillenfassungen werden max. 80 EUR erstattet. Für Versicherte ab 15 Jahren frühestens zwei Jahre nach Bezug der letzten Fassung.
- › Maßgefertigte orthopädische Schuhe werden zu 100 % erstattet mit einer Zuzahlung von 40 EUR für Versicherte bis 15 Jahre und von 60 EUR ab 16 Jahren.

**WO GILT MEINE VERSICHERUNG?**

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

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

**VERSICHERTENKARTE DKV MEDI-CARD®**

**KANN EIN 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 “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, mit Ausnahme der Rechnungen von zahnärztlichen Leistungserbringern.

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

Bitte wenden Sie sich bei Verlust Ihrer Versichertenkarte direkt an 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](http://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 vertragsgebundenen Ärzten und 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 generell nicht notwendig. Für versicherte Personen jedoch, nach der Deckungsmodalität "Basisschutz + Überführung + Best Care" im Falle einer stationären Behandlung bei einer Best Care Diagnose in Deutschland, ist eine Autorisation unbedingt erforderlich.

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

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

Bitte setzen Sie sich bei Fragen mit uns in Verbindung.

## WIE BEANTRAGE ICH EINE AUTORISATION, WENN ICH DIE GESCHÄFTSSTELLE 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](http://www.dkvseguros.com). Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, die Autorisation über eine dritte Person in unserer Geschäftsstelle unter Vorlage der Versichertenkarte und der ärztlichen Verordnung für die medizinische Behandlung zu beantragen.

## BEITRAGSZAHLUNG

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

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

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

## MEDIZINISCHE LEISTUNGEN

### 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 alle zahnmedizinischen Leistungen wie Wurzelkanalbehandlungen, Paradontose, Kieferorthopädie, Füllungen, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion (Apikotomie), Implantate sowie alle diagnostischen Verfahren, die zur Durchführung dieser Behandlungen notwendig sind. Zahnmedizinische Leistungen aus ästhetischen Gründen unterliegen nicht dem Versicherungsschutz.

## WIE BEKOMME ICH ZUGANG ZU ZAHNMEDIZINISCHEN LEISTUNGEN?

Sie können als versicherte Person von DKV Seguros innerhalb Spaniens auch Zahnärzte und Zahnkliniken in Anspruch nehmen, die nicht im “Red DKV de Servicios Bucodentales” von DKV Seguros vertraglich gebundenen sind, (und in Deutschland während eines Zeitraums von max. 100 Tagen bei Abschluss der Deckungsmodalität “Komplettschutz + Überführung + Best Care) und haben Anspruch auf eine 80 %-ige Erstattung der medizinisch notwendigen Kosten (Kostenerstattungsprinzip).

Daneben stehen Ihnen die vertragsgebundenen Zahnärzte und Zahnkliniken des “Red DKV de Servicios Bucodentales” von DKV Seguros für die von Ihnen benötigte Behandlung zu Spezialpreisen in ganz Spanien nach Vorlage Ihrer Versichertenkarte DKV Medi-Card® zur Verfügung

(Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip). Bei Inanspruchnahme dieser Leistungen haben Sie Anspruch auf 100 % Rückerstattung der angefallenen zahnmedizinischen Kosten.

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

Ja, die jährliche Höchstleistungsgrenze je versicherte Person liegt bei 3.000 EUR. Hierauf werden die Kosten für zahnmedizinische Behandlungen nach der Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip (“Red DKV de Servicios Bucodentales”) und die Kosten für Behandlungen außerhalb des Vertragsnetzes von DKV Seguros (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip) angerechnet.

## WIE VIELE PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNGEN DECKT MEINE POLICE IM JAHR AB?

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

## SIND BEI “DKV RESIDENTES” ARZNEIMITTEL MIT VERSICHERT?

Arzneimittel werden zu 100 % bis max. 300 EUR je versicherte Person und Jahr erstattet, vorausgesetzt, dass sie durch einen Arzt verschrieben, in einer Apotheke erworben wurden und im Arzneimittelregister aufgeführt sind. Homöopathische Mittel sowie Impfungen und Mittel gegen allergische Prozesse sind mit eingeschlossen.

### WELCHE ALTERNATIVEN UND KOMPLEMENTÄREN THERAPIEFORMEN SIND IM VERSICHERUNGSSCHUTZ EINGESCHLOSSEN?

Bei "DKV Residentes" ist die Homöopathie im Versicherungsschutz eingeschlossen, vorausgesetzt, dass sie durch einen Arzt durchgeführt wird. Homöopathische Behandlungen werden zu 100 % erstattet, max. 50 EUR pro Beratung / Sitzung.

### IST DIE EPIDURALANÄSTHESIE BEI GEBURTEN MIT VERSICHERT?

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

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

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

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

### DECKT "DKV RESIDENTES" AUCH DIE KLINISCHE PSYCHOLOGIE AB?

Die individuelle klinische Psychologie ist bei ambulanter medizinischer Behandlung abgedeckt, vorausgesetzt sie wurde zuvor von einem medizinischen Psychiater oder Kinderarzt verschrieben und die Behandlung wird von einem Psychologen ausgeführt. Für die versicherten Personen besteht ein Limit von 15 Sitzungen pro versicherte Person und Jahr (Summe der Sitzungen innerhalb und außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes von DKV Seguros) und ein maximaler Rückerstattungsbetrag von 25 EUR pro Sitzung außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes von DKV Seguros. Dies gilt beim Auftreten der nachfolgend aufgeführten Krankheitsbilder, die einen psychologisch-therapeutischen Eingriff erfordern:

- › Psychische Krankheiten: Depression, Schizophrenie und psychische Störungen.
- › Verhaltensstörungen: Neurosen, wie Angstzustände, Persönlichkeitsstörung und Zwangszustände.
- › Eßstörungen: Magersucht und Bulimie.
- › Schlafstörungen: Bettnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und nächtliche Angstzustände.
- › Anpassungsstörungen: Berufliche und posttraumatische Streßsituationen, Trauer, Scheidung, 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 Vasektomie 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 MIT VERSICHERT?

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

Ebenso haben Sie bei Abschluss der Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung + Best Care" Anspruch auf medizinische Versorgung auch in

Deutschland während eines Zeitraums von max. 100 Tagen im Jahr.

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

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

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

## EINWEISUNG ZU STATIONÄREN 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" unter Vertrag stehenden Klinik benötigen Sie eine vorherige Autorisation durch die für Sie zuständige Geschäftsstelle. Hierzu benötigen Sie eine schriftliche ärztliche Einweisung, aus der der Grund für die geplante Behandlung hervorgeht.

Erfolgt eine Einweisung in eine nicht im "Red DKV de Servicios Sanitarios" vertragsgebundene Klinik, ist eine vorherige Autorisation nicht notwendig. Zur Bearbeitung Ihres Erstattungsantrags benötigen wir die

angefallenen Rechnungen, die ärztliche Einweisung und den Arzt- und Entlassungsbericht.

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

Sie können jedes Krankenhaus wählen.

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

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

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

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

Haben Sie Ihre Versicherung nach der Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung + Best Care" abgeschlossen, ist bei stationären Behandlungen in Deutschland die

Unterbringung in einem Einzelzimmer im Versicherungsschutz eingeschlossen.

## ANREGUNGEN UND REKLAMATIONEN

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

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

Ebenso können Sie Ihre der Kundenbetreuung der ERGO Gruppe 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 bei der Beschwerdestelle 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 Residentes” 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](http://www.dkvseguros.es) veröffentlicht.

#### 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 spezialisiert sind (Kurz- und Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmungen) und bei denen sie vorteilhafte Preise und Bedingungen für diese Leistungen in Anspruch nehmen können.

#### MEDIZINISCH UNTERSTÜTZTE FORTPFLANZUNG

Mit dieser Service-Leistung stellt DKV Seguros den versicherten Personen innerhalb ihres Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios” ein spezielles Netzwerk von auf modernste Verfahren zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung spezialisierten Einrichtungen zu sehr günstigen Konditionen zur Verfügung.

#### ÄRZTLICHE ZWEITMEINUNG

Innerhalb dieses Services hat die versicherte Person oder ihr Arzt im Falle einer schweren Erkrankung kostenfrei Zugang zu Beratung und ärztlicher Zweitmeinung durch die besten Spezialisten der Welt. Diese Spezialisten beurteilen die Krankengeschichte und beurteilen die 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<sup>®</sup>), das unsere Einheit “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](http://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.

#### NOTFALLTELEFON 24 STUNDEN

Den versicherten Personen von DKV Seguros steht 24 Stunden ein Service-Telefon zur Verfügung, betreut von medizinischem und administrativem Fachpersonal, das darauf spezialisiert ist, Service-Dienste wie dringende Notfalldienste, auch zur Wohnung, zu koordinieren und in Gang zu setzen, abhängig von der Art der Versicherung und der Zone, wo die versicherte Person wohnt.

#### DKV GESUNDHEITSBERATUNG LÍNEA MÉDICA 24 STUNDEN

Unsere Kunden können sich persönlich von unseren Ärzten beraten lassen – entweder per Telefon oder über das Internet ([www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com)) –, 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.

#### 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](http://www.dkvseguros.com)) und bietet Information sowie Lösungsvorschläge bei Zweifeln über die Wirksamkeit medizinischer Verfahren, Gesundheitsprobleme oder Medikamente.

#### CLUB DE SALUD

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

An jede Geschäftsstelle von DKV Seguros oder an den Kundendienst der ERGO Gruppe auf dem Postweg:

Atención al Cliente del Grupo ERGO,  
Avenida César Augusto 33, 50004  
Zaragoza oder per Telefon 902 499 499,  
per Fax unter 976 28 91 35 oder per E-Mail an [atencioncliente@dkvseguros.es](mailto: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 haben Sie auch die Möglichkeit, eine Klage bei der zuständigen Gerichtsbehörde einzureichen.

# 2.

## GRUNDKONZEPTE. BEGRIFFSDEFINITIONEN

Für den vorliegenden Versicherungsvertrag gelten folgende Begriffsdefinitionen

### A

#### ALTERNATIVE UND KOMPLEMENTÄRE THERAPIEVERFAHREN

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

#### 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 Krankheiten, 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 seiner 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.

### BEST CARE

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

## 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 STATIONÄREN AUFENTHALT

Alle chirurgischen Eingriffe, die mit einem stationären Aufenthalt von maximal 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 (LEISTUNGSMODALITÄT 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.

## H

### HILFSMITTEL

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

### HOMÖOPATHIE

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

## 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

### LEBENSDRÖHLICHER NOTFALL

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

### “LEISTUNGSÜBERSICHT DER DECKUNGEN UND LIMITIERUNGEN” ALS ANHANG ZU DEN BESONDEREN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

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

## M

### MEDIKAMENTE

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

### MEDIZINISCHE VERSORGUNG

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

### MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

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

### MTA / KRANKENPFLEGEPERSONAL

Medizinisch Technische Assistenten oder staatlich anerkannte Krankenschwestern oder -pfleger.

## N

### NEUGEBORENIENVERSORGUNG

Alle medizinischen und chirurgischen stationären Versorgungen 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 (LEISTUNGSMODALITÄT 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 werden.

**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 Krankenhauspersonal, 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

#### ÜBERFÜHRUNG

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

#### UNANFECHTBARKEIT DER POLICE

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

#### UNFALL

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

## V

#### VERKEHRSunFALL

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

#### VERSICHERER

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E.

#### VERSICHERTENKARTE

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

#### VERSICHERTE PERSON

Person, die medizinische Leistungen in Anspruch nimmt.

#### VERSICHERUNGsalTER

Das Alter der versicherten Person, 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 Betrag, der zur Aufnahme eines in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausgeschlossenen Wagnisses entrichtet wird.

**VERSICHERUNGSNEHMER**

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

**VERTRAGSGEBUNDENE LEISTUNGSERBRINGER (LEISTUNGSMODALITÄT SACHLEISTUNGSPRINZIP) "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 Vertragsabschluss oder vor Einschluss in die Versicherung vorliegt und der/die normalerweise durch Krankheitssymptom wahrgenommen wird, unabhängig davon, ob eine medizinische Diagnose besteht oder nicht.

**W****WARTEZEIT**

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

**Z****ZUZÄHLUNGEN**

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

# 3.

## LEISTUNGSMODALITÄT, ERWEITERUNG UND ÖRTLICHER GELTUNGSBEREICH DER VERSICHERUNG

### 3.1 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

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

Fortschritte auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapeutik in der medizinischen Wissenschaft, die während der Gültigkeitsdauer dieser Versicherungspolice gemacht werden, können mit in den Versicherungsschutz aufgenommen werden, sofern sie durch die spanischen Behörden zur "Bewertung medizinischer Technologien" (AETS – Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias) anerkannt werden. Wir berufen uns auf die AETS, die vom spanischen Gesundheits- und Verbraucherschutzministerium

abhängen, nachdem sie die Effizienz eines medizinischen Verfahrens oder einer Behandlungsmethode mittels eines positiven Berichts festgestellt haben.

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

### 3.2 LEISTUNGSMODALITÄT DER VERSICHERUNG

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

- › Alle in der Police beschriebenen Versicherungsleistungen können über das "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros in ganz Spanien in Anspruch genommen werden (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip). Vor der Behandlung ist dem Leistungserbringer zur Identifikation die Versichertenkarte DKV Medi-Card®

vorzulegen und falls notwendig, eine entsprechende Kostenübernahmegarantie (Autorisation).

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

Hier gilt das Erstattungsprinzip: DKV Seguros erstattet den versicherten Personen den Betrag der von ihnen vorgelegten Rechnungen mit dem Prozentsatz und unter Berücksichtigung der in der Police festgelegten Begrenzungen (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip).

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

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

### 3.3 GELTUNGSBEREICH DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

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

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

### 3.4 ZUGANG ZU DEN VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

#### SPEZIELLE REGELUNG ZUR INANSPRUCHNAHME DER VERTRAGSGEBUNDENEN LEISTUNGSERBRINGER.

VERSORGUNG INNERHALB DES DKV 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 “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros hat die versicherte Person entweder freien Zugang zu den im Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen, oder sie muss vor Inanspruchnahme bestimmter Leistungen einen 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 oder eine Autorisation für die Inanspruchnahme eines vertragsgebundenen Leistungserbringers beantragt.

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

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

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

DKV Seguros stellt Autorisationen 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 beim medizinischen Zentrum einzuholen oder die versicherte Person zur Vorlage von zusätzlichen Arztberichten aufzufordern, aus denen evtl. Vorerkrankungen, Diagnosen und die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung hervorgehen.

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

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

f) Autorisationen können telefonisch im Kunden-Center unter der Nummer 902 499 499, per Fax unter 902 499 000, per Internet [www.dkvseguros.com](http://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 Originalrechnungen und Originalarztberichten über die erfolgte Behandlung erstattet DKV Seguros die angefallenen Kosten entsprechend dem Prozentsatz und den Begrenzungen in den Allgemeinen und/oder Besonderen Versicherungsbedingungen.

> “DKV Residentes” erstattet, wenn nicht anders vereinbart, — 100 % des Gesamtrechnungsbetrages für Kosten innerhalb Spaniens (und auch in Deutschland während eines Zeitraums von max. 100 Tagen im Jahr bei

Abschluss der Deckungsmodalität  
 “Komplettschutz + Überführung Best  
 Care”) — 80 % für zahnmedizinische  
 Leistungen von nicht  
 vertragsgebundenen  
 Leistungserbringern.

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

- › Der Erstattungsbetrag wird auf das  
 vom Versicherten genannte Konto  
 überwiesen. Diese Überweisungsart ist  
 rechtskräftig und befreit DKV Seguros  
 von der Leistungspflicht.
- › Die Kosten für die Übersetzung von  
 Berichten, Rechnungen oder  
 Arzthonoraren trägt DKV Seguros,  
 vorausgesetzt, dass es sich um  
 Englisch, Deutsch, Französisch oder  
 Portugiesisch handelt.

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

### 3.5 REGRESSFORDERUNGSKLAUSEL

Nach Zahlung der Erstattung von  
 Kosten oder nach Inanspruchnahme  
 einer Versicherungsleistung ist DKV  
 Seguros dazu berechtigt,  
 Rechtsansprüche der versicherten  
 Person an Dritte, die für den  
 eingetretenen 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:

### 4.1 AMBULANTE MEDIZINISCHE ERSTVERSORGUNG

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

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

Es finden die gleichen Kriterien Anwendung wie in der Allgemeinmedizin.

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

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

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

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

## 4.2 NOTFALLBEHANDLUNGEN

**Häusliche Notfallbehandlung:** erste medizinische Notfallversorgung bei der versicherten Person 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.**  
Inklusive der Kosten für Impfungen und Impfmittel bei allergenen Prozessen.

Die Kosten werden im Rahmen des Höchstsatzes für Medikamente erstattet.

**Anästhesie und Reanimation.**  
Inklusive der Epiduralanästhesie.

**Angiologie und Gefäßchirurgie.**

**Verdauungsapparat.**

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

**Kardiovaskularchirurgie.**

**Allgemeine Chirurgie und Chirurgie des Verdauungsapparates.**

**Mund- und Kieferchirurgie.**

**Kinderchirurgie.**

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

**Eingriffe zu ästhetischen Zwecken sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen,** sofern es sich nicht um die Wiederherstellung der weiblichen Brust nach einer radikalen Brustamputation handelt. 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 Operationsaal zur Behandlung von Krampfadern, außer bei den in Artikel 5 f ("Einschränkungen der Leistungspflicht") dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen detailliert aufgeführten Fällen.

**Medizinische und chirurgische Dermatologie.**

**Endokrinologie und Ernährung.**

**Geriatric (Altersheilkunde).**

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

**Verfahren zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung gehen zu Lasten der versicherten Person** (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).

**Neonatologie** (Behandlung von Früh- und Neugeborenen).

**Pneumologie – Atmungsapparat.**

**Neurochirurgie.**

**Neurologie.**

**Obstetrik.** Umfasst die Kontrolle während der Schwangerschaft und die Geburtshilfe mit einem Höchstbetrag von 3.000 EUR je versicherte Person und Jahr.

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind Triple-Tests oder EBA-Tests, die Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) oder Chorionbiopsie zur Untersuchung von

Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fötus bis zu einem maximalen Betrag von 350 EUR für beide Konzepte.

**Zahnmedizin.** Inklusive aller zahnmedizinischen Leistungen, sofern sie nicht zu ästhetischen Zwecken durchgeführt werden (siehe Artikel 4.8 "Besondere Versicherungsleistungen").

**Augenheilkunde.** Inklusive Hornhauttransplantationen sowie die Nutzung der Laserchirurgie, ausgenommen jedoch zur Korrektur von Fehlsichtigkeit (Kurz- oder Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmungen). Diese gehen zu Lasten der versicherten Person (vergleiche Artikel "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 oder von Physiotherapeuten durchgeführt werden.

## Rheumatologie.

### Traumatologie / Unfallchirurgie.

Inklusive der Arthroskopie, perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse.

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

## 4.4 DIAGNOSTISCHE VERFAHREN

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

### Laboruntersuchungen. Anatomische Pathologie und Zytopathologie.

**Radiodiagnostik.** Inclusive aller gewöhnlichen Verfahren der Diagnostischen Radiologie wie Allgemeine Radiologie, 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 medizinischer Behandlung im Versicherungsschutz eingeschlossen bis zu dem generellen jährlichen Höchstsatz für Medikamente.

**Analgesie und Schmerzbehandlung.** Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch auf Techniken der Schmerzbehandlung spezialisierte Einrichtungen sowie die dazu notwendigen Medikamente. (siehe Artikel 4.8).

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

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

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

**Medizinische Fußpflege.** Behandlung der Füße.

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

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

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

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

**Blut- oder Blutplasmatransfusionen,** im Rahmen einer stationären Behandlung.

**Physiotherapie.** Zur Durchführung von Physiotherapien ist eine vorherige Verordnung eines Facharztes (Traumatologe, Unfallchirurg, Rheumatologe, Rehabilitationsarzt oder Neurologe) notwendig, und sie muss

von speziell für Physiotherapie ausgebildeten Fachkräften und in dafür geeigneten Rehabilitationszentren durchgeführt werden.

**Lasertherapie und heilmagnetische Behandlung,** angewendet zur Rehabilitation.

**Zertrümmerung von Nieren- und Harnsteinen (Lithotripsie).**

**Logopädie und Phoniatrie.** Behandlung bei Sprachstörungen und Stimmproblemen aufgrund von organischen Beeinträchtigungen.

**Onkologische Chemotherapie.** 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 die intravesikale Instillation von BCG erhalten haben.

## 4.6 STATIONÄRE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Stationäre medizinische Versorgungen werden in Kliniken oder Krankenhäusern nach vorheriger schriftlicher ärztlicher Verordnung, 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, 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.

Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist die Benutzung eines Standard Einzelzimmers 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 präanästhesistische Untersuchungen (Beratung, Analyse und Elektrokardiogramm), die anschließenden postoperativen Behandlungen (bis zu zwei Monate nach dem Eingriff) und ambulante Operationen und - soweit erforderlich - die Prothesen.

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

**4. Stationäre Behandlung von Kindern unter 14 Jahren.** Sowohl konventionelle Behandlung als auch 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 von 60 Tagen für die stationäre 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 theoretischer und praktischer Unterricht in Kinderkrankenpflege.
- › Untersuchungen des Neugeborenen, inklusive Untersuchung auf Stoffwechselerkrankungen, Hör- und Sehtest sowie Ultraschall.
- › Impfungen: die in Spanien für Kinder obligatorisch vorgesehenen Programme.
- › Regelmäßige Untersuchungen zur körperlichen und geistigen Kontrolle der Entwicklung des Kindes während der ersten vier Lebensjahre.

**2. Programm zur Krebsvorsorge bei Frauen:**

Dies schließt ein:

- › Regelmäßige gynäkologische Untersuchungen zur Früherkennung von Brust- oder Gebärmutterhalskrebs:
- › Jährlich gynäkologische Vorsorgeuntersuchung. Bestehend aus der Kontrolluntersuchung, Kolposkopie, Zytologie,

gynäkologischem Ultraschall und 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 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 Mund- und Zahnreinigung, falls notwendig.

**Klinische Psychologie.** Inklusive individueller klinisch-therapeutischer Psychotherapie in dafür vorgesehenen Einrichtungen, vorausgesetzt dies wurde zuvor von einem vertragsgebunden 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, Jugend,/Pubertät, Depressionen nach dem Urlaub etc.
- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulabbruch.

Wenn die versicherte Person Leistungserbringer außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros nutzt, besteht pro psychotherapeutischer Sitzung eine Erstattungsgrenze von 25 EUR und eine Maximalanzahl von 15 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 Desfibrillator) und Gelenkendoprothesen.

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

Für die Versorgung mit Prothesen gilt eine Höchstleistungsgrenze von 12.000 EUR 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 50 EUR bis max. 1.500 EUR je versicherte Person und Jahr, falls die nachfolgenden Umstände vorliegen:

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

## 4.8 BESONDERE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

**Medikamente.** Arzneimittel, Verbandmittel, Heilsalben und andere Mittel werden zu 100 % bis max. 300 EUR je versicherte Person und Jahr erstattet, vorausgesetzt, dass sie durch einen Arzt verschrieben, in einer Apotheke erworben und zu therapeutischen Zwecken eingenommen werden.

Alle Medikamente, die im Arzneimittelregister (Vademécum Internacional) aufgeführt sind, sowie Impfstoffe, Mittel gegen allergische Prozesse und homöopathische Mittel sind im Versicherungsschutz eingeschlossen, es sei denn, es handelt sich um öffentlich beworbene oder Produkte von geringem therapeutischen Nutzen sowie Nahrungsmittel, Aufbaupräparate, natürliche Mineralwässer sowie Pflege-, Kosmetik- oder Hygieneprodukte.

**Hilfsmittel.** Nach vorheriger ärztlicher Verordnung sind Hilfsmittel wie Verbandmittel, Brillengläser und Brillenfassungen bis zu einem Betrag von max. 80 EUR (bei Personen ab 15 Jahren frühestens zwei Jahre nach Bezug der letzten Fassung) im Versicherungsschutz eingeschlossen.

**Orthopädisches Material:** Einlagen zur Korrektur der Füße, Gehhilfen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Kontaktlinsen, Korrekturschienen, Kunstglieder, Sitzschalen, orthopädische Apparaturen zur Stützung des Oberkörpers sowie der Hände und Beine. Ebenso im Versicherungsschutz mit inbegriffen sind maßgefertigte

orthopädische Schuhe, wobei eine Selbstbeteiligung von 60 EUR zu entrichten ist (40 EUR bei Kindern unter 15 Jahren).

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

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

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

Die max. Erstattungshöhe für Hilfsmittel liegt bei 1.800 EUR je versicherter Person und Jahr.

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

Die versicherte Person kann nicht vertragsgebundene Zahnärzte und zahnmedizinische Einrichtungen innerhalb Spaniens (und auch in Deutschland während eines Zeitraums von max. 100 Tagen im Jahr bei Abschluss der Deckungsmodalität “Komplettschutz + Überführung + Best Care”) aufsuchen und hat Anspruch auf eine 80 %-ige Erstattung der in den Rechnungen aufgeführten medizinisch notwendigen Kosten.

Daneben kann die versicherte Person auch die mit DKV Seguros unter Vertrag stehenden zahnmedizinischen Leistungserbringer in ganz Spanien nach Vorlage ihrer DKV Medi-Card® aufsuchen, um zahnmedizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen zu den Preisen, die mit dem “Red DKV de Servicios Bucodentales” vereinbart sind und dem Recht auf Rückerstattung der Kosten zu 100 %.

Die Summe der erstattungsfähigen Kosten für alle zahnmedizinischen Leistungen, sowohl solche, die von DKV Vertragspartnern als auch jene, die von nicht vertragsgebundenen Leistungserbringern erbracht wurden, ist auf max. 3.000 EUR je versicherte Person und Jahr begrenzt.

**Alternative und komplementäre Therapieverfahren:** Bei “DKV Residentes” sind die folgenden alternativen und komplementäre Therapieformen im Versicherungsschutz eingeschlossen, vorausgesetzt, dass sie von einem Arzt durchgeführt werden. Die Erstattung erfolgt zu 100 % bis max. 50 EUR pro Beratung / Sitzung.

› Homöopathie: keine jährliche Höchstleistungsgrenze für Behandlungen und Sitzungen.

#### 4.9 AUSLANDSREISEVERSICHERUNG

Für Reisen und vorübergehende Aufenthalte im Ausland sieht die Versicherung einen weltweiten Auslandsreiseschutz von max. 90 Tage je Reise oder Aufenthalt 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.

## EINSCHRÄNKUNGEN 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 unbekanntem 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) Homöopathie, wenn sie nicht von einem Arzt verschrieben wird, sowie alle andere alternativen und komplementären Therapieformen, medizinischen Behandlungen oder nicht offiziell anerkannten Fachgebiete, wie die im Folgenden aufgeführten: Akupunktur, Naturtherapie, Chiromassage, 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, außer den in den “Zusätzlichen Versicherungsleistungen” unter Artikel 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten besonderen Vorsorgeprogrammen.

l) Jegliche Art von freiwilliger Schwangerschaftsunterbrechung, 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. Ebenso sind ausgeschlossen Kunstherzen, Hautersatz, Transplantate und natürliches Material.

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

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

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

Außerdem ausgeschlossen sind die Psychotherapie für Gruppen oder Paare, psychologische und psychomotorische Tests, die psychosoziale oder neuropsychiatrische Rehabilitation, die edukative oder kognitiv-konduktuale Therapie bei Sprach- und Schreibschwächen, und bei andersartigen Entwicklungsstörungen, außer den Behandlungsmethoden, die ausdrücklich im Artikel 4.7 (Versicherungsumfang der klinischen Psychologie) eingeschlossen wurden.

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

r) Regenerative Medizin und ihre Anwendungen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# 6.

## WARTEZEITEN

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

Abweichend vom vorher genannten generellen Prinzip ist für folgende Versicherungsleistungen eine Wartezeit zu erfüllen:

1. Für alle chirurgischen Eingriffe und stationären Behandlungen sowie chirurgischen Prothesen gilt - unabhängig von ihrer Ursache - eine Wartezeit von sechs Monaten. Lebensbedrohliche Notfälle oder Unfälle sind hiervon ausgeschlossen.
2. Für Geburten (auch Frühgeburten) oder Kaiserschnitte gilt eine Wartezeit von zehn Monaten.
3. Die Wartezeit für Zahnprothesen und Kieferorthopädie beträgt acht Monate.
4. Für Transplantationen gilt eine Wartezeit von zwölf Monaten.
5. Die Wartezeit für die Inanspruchnahme einer in der Deckungsmodalität Best Care enthaltenen Leistung beträgt drei Monate.

# 7.

## VERSICHERUNGSLEISTUNGEN GEMÄß VEREINBARTER DECKUNGSMODALITÄT

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

### KOMPLETTSCHUTZ

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

### KOMPLETTSCHUTZ + ÜBERFÜHRUNG DES VERSTORBENEN

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

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

### KOMPLETTSCHUTZ + ÜBERFÜHRUNG DES VERSTORBENEN + BESTCARE

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

Ebenso im Versicherungsschutz dieser Deckungsmodalität mit inbegriffen sind Behandlungen und Verfahren, die in Deutschland während eines vorübergehenden Aufenthaltes von max. 100 Tagen im Jahr durchgeführt werden, sofern sie in Artikel 4 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind. Für stationäre Behandlungen bei schwerwiegenden Erkrankungen gilt eine Höchstleistungsdauer von vier Monaten.

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

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

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

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

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

# 8.

## VERTAGSGRUNDLAGEN

### 8.1 VERTRAGSABSCHLUSS UND VERSICHERUNGSDAUER

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

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

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

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

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

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

Bei einer Versicherungsdauer von mindestens drei aufeinander folgenden Versicherungsjahren verliert DKV Seguros das Recht, vom Vertrag zurückzutreten (Kündigungsverzicht). Der Vertrag verlängert sich automatisch, sofern keine Vertragsverletzung vorliegt oder 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 ihm 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 wie in Artikel 3.5 bestimmt.

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 seiner 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 der Leistungspflicht im Schadenfall befreit.

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

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

Wird der Vertrag nicht gemäß den zuvor genannten Bedingungen aufgelöst bzw. aufgehoben, so tritt er 24 Stunden nach Zahlung der Beitragsrückstände 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 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 ihm zu entrichtende Beitrag dementsprechend bei Beginn des darauf folgenden Versicherungsjahres.

Für die jährlichen Beitragsanpassungen gelten keine Begrenzungen. Die Höhe des Jahresbeitrages wird nach Prüfung der erhobenen Zuschläge nach dem Äquivalenzprinzip gemäß den Bestimmungen für die Versicherungstätigkeit der spanischen Aufsichtsbehörde 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 den versicherten Personen veranlasste Mitteilungen haben die gleiche Rechtswirkung, wie wenn sie vom Versicherungsnehmer oder von versicherten Personen selbst veranlasst worden wären.

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

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

## 8.7 BESONDERE GESUNDHEITSRISIKEN

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

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

## 8.8 STEUERN UND ABGABEN

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

## **ANHANG I: AUSLANDSREISEVERSICHERUNG**

## **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 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 der versicherten Person 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 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 PROZESSBÜRGERSCHAFT 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 sie 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 Ereignissen 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 Genussmittelmisbrauch 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.

## **ANHANG II: ÜBERFÜHRUNG DES VERSTORBENEN IM TODESFALL**

## **EINLEITENDE BESTIMMUNGEN**

### **VERSICHERTE PERSONEN**

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

### **GELTUNGSBEREICH UND DAUER DER VERSICHERUNG**

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

## **VERSICHERTE LEISTUNGEN**

### **1. ÜBERFÜHRUNG VON VERSTORBENEN**

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

### **2. BEGLEITPERSON**

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

### **3. HÖCHSTVERSICHERUNGSSUMME PRO SCHADENFALL**

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

## **AUßERGEWÖHNLICHE UMSTÄNDE**

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

## AUSSCHLÜSSE UND BESCHRÄNKUNGEN

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

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

b) Berg-, See- oder Wüstenrettung.

## **ANHANG III: BEST CARE**

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

## 1. WANN LIEGT EIN VERSICHERUNGSFALL VON BEST CARE VOR ?

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

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

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

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

Die Unterlagen werden Eigentum von DKV Seguros.

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

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

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

## 2. DIE LEISTUNGEN DES SERVICEPRODUKTES BEST CARE IM VERSICHERUNGSFALL

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

### 2.1 ÄRZTLICHE LEISTUNGEN

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

### 2.2 ORGANISATION DER BEHANDLUNG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Diese umfasst u.a. Informationen über den Kostenträger von medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlungen. Auf Wunsch des Versicherten übernimmt DKV Seguros mit Unterstützung von DKV Deutsche Krankenversicherung AG auch gerne die Organisation dieser Maßnahmen, sofern nicht ein anderer Leistungsträger (z.B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft, Gesetzliche Krankenversicherung/GKV) zuständig ist.

### 2.3 AUFWANDSPAUSCHALE

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

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

### 2.4 ERSATZPAUSCHALE

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

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

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

Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.

### 2.5 REISE- UND TRANSPORTKOSTEN

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

## 2.6 INANSPRUCHNAHMEBERECHTIGUNG PRO VERSICHERUNGSFALL

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

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

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

## 3. BEST CARE EXPERTEN

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

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

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

#### 4. AN WELCHEN ORT WERDEN DIE EXPERTENLEISTUNGEN ERBRACHT?

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

#### 5. WER IST NACH BEST CARE VERSICHERUNGSFÄHIG?

Alle Versicherten, die die Versicherung DKV Residentes in der Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung + Best Care" abschließen und deren aktuarielles Alter zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zwischen 15 und 70 Jahren liegt. Wenn die Deckung einmal vereinbart ist, besteht sie auch über das genannte Höchstalter hinaus.

#### 6. WAS IST IN BEZUG AUF DIE AUSZAHLUNG VON GELDLLEISTUNGEN ZU BEACHTEN

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

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

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

#### 7. MITTEILUNGEN

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

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

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

Oder per E-Mail an die folgende Adresse [bestcare@dkvseguros.es](mailto:bestcare@dkvseguros.es).

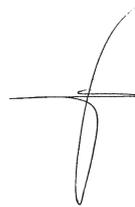
Oder per Fax Nr. +34 93 378 01 26.

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

Versicherungsnehmer

Versicherte Person

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



**DKV**

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.