

# DKV TOP HEALTH

ALLGEMEINE VERTRAGSBEDINGUNGEN



**WIR WOLLEN AUF UNS AUFFASSEN,  
ÜBERALL AUF DER WELT!**



Versicherungsvertrag  
**DKV TOP Health®**

**Torre DKV**  
**Avda. María Zambrano, 31**  
**50018 Zaragoza**  
**Tel. (+34) 976 289 100**  
**Fax (+34) 976 289 135**

Gezeichnetes und eingezahltes Kapital: 66 110 000 Euro

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E., eingetragen im Sonderregister der spanischen Generaldirektion für Versicherungswesen und Rentenfonds, aufgrund Ministerialerlass vom 12. Juli 1956. Sitz der Gesellschaft: Torre DKV, Avenida Maria Zambrano Nr. 31, 50018 Zaragoza (Spanien). Handelsregister von Saragossa, Band 1.711, Bogen 214, Blatt Z-15.152.  
Span. Steuer-ID C.I.F. A-50004209.

Mod. RE CON-00013  
2DNP1.CG/01\_V19a  
Aktualisierte Ausgabe Januar 2022

Der gesamte Inhalt dieses Vertrages und seiner Anhänge unterliegt dem Copyright von DKV Seguros . Die teilweise oder vollständige Wiedergabe des Inhalts ohne vorherige Genehmigung ist untersagt. Alle Rechte vorbehalten.

**DKV Seguros stellt dieses Schriftstück allen zur Verfügung, die es zur Durchsicht und zum Nachschlagen anfordern, auch dann, wenn kein konkreter Wunsch nach einem Versicherungsabschluss vorhanden ist. Damit soll zur Verständlichkeit und Transparenz der Informationen von DKV Seguros und der Fachsprache der Versicherungsbranche im Allgemeinen beigetragen werden.**

# Inhaltsverzeichnis

---

# Inhaltsverzeichnis

---

Wir beantworten Ihre Fragen	5
Zusätzliche Gesundheitsdienstleistungen	20
21	1. Ärztliche Fernberatung
24	2. Digitale Gesundheitsleistungen: App Quiero Cuidarme Más (QC+)
27	3. Netzwerk von Kliniken in den Vereinigten Staaten
28	4. DKV Call Center zur Kundenbetreuung
DKV Club Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden)	29
31	1. Club DKV Salud y Bienestar Premium (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden Premium)
Bedingungen Allgemeines	38
39	1. Einleitende Klausel
41	2. Grundlegende Konzepte, Definitionen
56	3. Modalität, Umfang und territorialer Geltungsbereich der Versicherung
56	3.1 Gegenstand der Versicherung
57	3.2 Modalität der Versicherung
58	3.3 Territorialer Geltungsbereich
58	3.4 Zugang zu den Deckungsleistungen
62	3.5 Klausel zu Forderungsübergang und der Abtretung von Rechten
63	4. Beschreibung der Deckungen
63	4.1 Medizinische Grundversorgung
64	4.2 Notfallversorgung
64	4.3 Medizinische und chirurgische Fachgebiete
69	4.4 Diagnosemittel und Diagnoseverfahren
74	4.5 Therapeutische Verfahren

- 83** 4.6 Medizinische Versorgung im Krankenhaus
- 86** 4.7 Ergänzende Deckungen
- 92** 4.8 Besondere Deckungen
- 104** 4.9 Exklusive Deckungsleistungen
- 105** 4.10 Reiseversicherung
- 106** 5. Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen
- 112** 6. Karennzeiten
- 114** 7. Versicherungsleistungen in Abhängigkeit von der unter Vertrag genommenen Modalität der Versorgung
  - 114** 7.1 Selbstbeteiligung
- 116** 8. Grundlegende Bestimmungen des Vertrages
  - 116** 8.1 Abschluss des Vertrags und Laufzeit der Versicherung
  - 117** 8.2 Weitere Verpflichtungen, Pflichten und Aufgaben sowie Befugnisse des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person
  - 118** 8.3 Weitere Verpflichtungen von DKV Seguros
  - 119** 8.4 Bezahlung der Versicherung (Beiträge)
  - 121** 8.5 Der Verlust von Rechten
  - 121** 8.6 Die Aussetzung und die Beendigung des Versicherungsvertrages
  - 122** 8.7 Mitteilungen
  - 123** 8.8 Besondere gesundheitlichen Risiken
  - 123** 8.9 Steuern und Gebühren

**Wir beantworten  
Ihre Fragen**

**Die hier vorliegenden Allgemeinen Vertragsbedingungen erlauben es Ihnen, die Einzelheiten des Rahmens des Vertrags kennenzulernen, den Sie mit DKV Seguros eingehen, wenn Sie diese Versicherung annehmen.**

**In diesem Dokument klären wir einen Großteil der Fragen, die sich bei Nutzung der Versicherung stellen könnten.**

**In diesem Kapitel versuchen wir, klare und einfache Antworten auf einige der Fragen zu geben, die unsere Versicherten am häufigsten an uns richten. Wir hoffen, dass diese für Sie von Nutzen sind.**

## Zum Vertrag

### **Aus welchen Dokumenten setzt sich der Versicherungsvertrag zusammen?**

Bestandteil des Versicherungsvertrages sind der Versicherungsantrag, die Gesundheitserklärung, die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen, Zusatzvereinbarungen und Nachträge sowie die Speziellen Versicherungsbedingungen, die hierzu ausgefertigt werden.

### **Welche Bedeutung haben die Vertragsbedingungen?**

In den „Allgemeinen Vertragsbedingungen“ und/oder den „Besonderen Vertragsbedingungen“ werden die Rechte und Pflichten der Versicherung DKV Seguros und die des Versicherten oder des Versicherungsnehmers geregelt.

### **Welche Unterlagen übergeben wir Ihnen beim Abschluss Ihrer Versicherung?**

Die Allgemeinen und die Besonderen Vertragsbedingungen, die Versichertenkarte/n DKV MEDICARD® und Informationen zum Verzeichnis der DKV-vertragsgebundenen medizinischen Fachkräfte und Zentren, auch „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ genannt.

Überprüfen Sie, ob Ihre persönlichen Daten richtig übernommen wurden.

### **Was müssen Sie nach dem Erhalt dieser Unterlagen unternehmen?**

Sie müssen die Allgemeinen und die Besonderen Vertragsbedingungen unterschreiben, eine Ausfertigung aufbewahren und die zweite unterschrieben an DKV Seguros zurücksenden. Der Eingang der ordnungsgemäß unterschriebenen



Vertragsunterlagen bei uns bedeutet, zusammen mit der Bezahlung des ersten Betrags, die Annahme des Vertrages. Bis diese Voraussetzungen, Unterschrift und Zahlung, nicht erfüllt sind, wird der Vertrag nicht wirksam, auch wenn in den Besonderen Vertragsbedingungen dafür ein Datum festgelegt wurde.

Sollten Sie Fragen haben, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Wir helfen Ihnen gerne weiter.

### **Muss die Vertragsverlängerung ausdrücklich mitgeteilt werden?**

Der Vertrag verlängert sich automatisch Jahr für Jahr, ohne dass die Verlängerung bestätigt werden muss.

Sowohl Sie als auch wir, DKV Seguros, können den Vertrag zum Ablaufdatum kündigen, dies ist der jeweils anderen Vertragspartei in einer Form mitzuteilen, die es erlaubt, einen Nachweis darüber zu führen. Der Versicherungsnehmer hat eine Kündigungsfrist von mindestens einem Monat einzuhalten und die Versicherung DKV Seguros eine Frist von zwei Monaten.

### **Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Schutz personenbezogener Daten?**

Aufgrund der Art.12 bis 22 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates zum Schutz natürlicher Personen bei

der Verarbeitung personenbezogener Daten ist DKV Seguros ausdrücklich dazu berechtigt, die persönlichen Daten des Versicherungsnehmers und der Versicherten anzufordern, zu verarbeiten und an Unternehmen der Versicherungsgruppe weiterzugeben. Die vertragliche Beziehung, die Sie mit DKV Seguros unterhalten, sowie die gesetzlichen Verpflichtungen, zu deren Erfüllung wird aufgrund der für unsere Branche geltenden Vorschriften verpflichtet sind, bilden die Rechtsgrundlage, auf der die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten basiert.

Was die Daten der Versicherten betrifft, so werden diese nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies zur Erbringung der Gesundheitsversorgung oder der Versicherungsleistungen erforderlich ist. DKV Seguros ist ferner dazu berechtigt, Informationen zu Produkten und Dienstleistungen an den Versicherungsnehmer und an die volljährigen Versicherten zu senden, die im Zusammenhang mit der Förderung der Gesundheit und dem Wohlbefinden stehen sowie zu Initiativen, die für diese von Interesse sein könnten.

Wir haben alle technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen getroffen, um die Vertraulichkeit und Integrität der Informationen zu schützen und Änderungen, Verlust oder unbefugte

Zugriffe auf Ihre Daten zu vermeiden; wir nehmen regelmäßig Kontrollen vor, mit denen wir die Erfüllung dieser Maßnahmen überprüfen.

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten so lange aufbewahren, wie das Vertragsverhältnis Bestand hat und auch noch nach dessen Beendigung, wenn die Verarbeitung der Daten im Zusammenhang mit einer möglichen Haftung oder mit Beschwerden notwendig ist, die sich aus dem beendeten Vertragsverhältnis ergeben könnten sowie zur Erfüllung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Ganz allgemein gilt die Regelung, dass wir die Informationen nach Beendigung der vertraglichen Beziehung für die Dauer von sieben Jahren aufbewahren und diese danach vollständig löschen.

Sie können Ihre den Datenschutz betreffenden Rechte ausüben, indem Sie sich auf postalischem Weg an DKV Seguros, Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, 50018 Zaragoza, wenden, in Ihrem Schreiben Namen und Familiennamen angeben und diesem eine Fotokopie Ihres Personalausweises beifügen, oder aber über den Kundenbereich, indem Sie sich unter [www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com) dort registrieren. Weitere Informationen bezüglich Ihrer den Datenschutz betreffenden Rechte finden Sie in den Datenschutzbestimmungen auf der Webseite sowie in dem Dokument,

das wir Ihnen gemeinsam mit den Vertragsunterlagen aushändigen. Sollten Sie darüber hinaus weitere Informationen wünschen oder uns Fragen zu Ihren Rechten im Zusammenhang mit dem Datenschutz stellen wollen, können Sie sich unter Verwendung der E-Mail-Adresse [dpogrupodkv@dkvseguros.es](mailto:dpogrupodkv@dkvseguros.es) auch an unseren Datenschutzbeauftragten wenden. Sollten Sie mit der Berücksichtigung Ihres Rechtes auf Information nicht einverstanden sein, denken Sie daran, dass Sie sich ebenfalls an die spanische Datenschutzbehörde wenden können; schriftlich unter der Anschrift Agencia Española de Protección de Datos, Calle Jorge Juan 6, 28001 Madrid, sowie telefonisch unter der Rufnummer 901 100 099.

## Versorgungsmodalität und Versicherungsumfang

### **Welches ist die wichtige Eigenschaft, durch die sich die Versicherung „DKV Top Health®“ auszeichnet?**

DKV Top Health® ist eine auf einem gemischten System beruhende Versicherung, bei der der Versicherte jederzeit wählen kann zwischen:

- > Der Erbringung der im Versicherungsvertrag beschriebenen Leistungen durch Inanspruchnahme von dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen

angehörenden, vertragsgebundenen Ärzten, Kliniken und Fachkräften (Versorgungsmodalität Eigenmittel).

- > Dem freien Zugang zu Ärzten, Fachkräften oder Kliniken, die Sie selbst auswählen haben und die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen nicht angehören.

In diesem Fall werden die Kosten der vom Versicherten bezahlten Rechnungen zu dem Prozentsatz und mit den Obergrenzen erstattet, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen sowie in der den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügten Tabelle der Deckungen und Obergrenzen festgelegt wurden (Versorgungsmodalität Fremdmittel).

### **Wie erfolgt der Zugang zu den Eigenmitteln von DKV-Seguros?**

Die versicherte Person kann frei unter den dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Leistungserbringern wählen. Die Leistung wird erbracht, nachdem sie sich anhand der DKV MEDICARD® ausgewiesen hat und in den Fällen, in denen eine solche notwendig ist, die Autorisierung vorlegt.

### **Wie ist die Erstattung von Ausgaben bei DKV Seguros zu beantragen?**

Die bezahlten Rechnungen müssen innerhalb eines Zeitraums von

maximal fünfzehn Tagen eingereicht werden; sind Dienstleistungen von Leistungserbringern erbracht worden, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen nicht angehören, sind mit diesen Rechnungen gemeinsam eine Aufschlüsselung der vorgenommenen ärztlichen oder medizinischen Handlungen, die Verschreibungen und die medizinischen Berichte einzureichen, in denen Herkunft und Art der Krankheit genannt werden. Um Ihnen die Einreichung dieser Unterlagen zu erleichtern, stellt DKV Seguros ein „Erstattungsformular“ bereit.

### **Welche Prozentsätze für Erstattungen und welche Obergrenzen werden im Versicherungsvertrag für den Fall festgelegt, dass Fremdmittel in Anspruch genommen werden, also Dienstleistungen von Leistungserbringern, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen angehören?**

Bei DKV Top Health® wird, es sei denn es wurde Gegenteiliges vereinbart, der Gesamtbetrag sowohl der Rechnungen erstattet, die in Spanien ausgestellt wurden als auch derjenigen, die im Ausland ausgestellt wurden. Es gibt hier keine Obergrenzen, ausgenommen diejenigen, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen oder in der Tabelle zu Deckungen und Obergrenzen für einige medizinische Fachgebiete

und/oder konkrete Leistungen genannt werden:

- > In der Zahnmedizin: Es erfolgt eine Teilerstattung der Rechnungen, die infolge der Inanspruchnahme von Fremdmitteln entstanden sind. Insgesamt gilt eine Obergrenze pro Versichertem und Jahr, wofür die Ausgaben der beiden Betreuungsmodalitäten zusammengezählt werden (Eigenmittel und Fremdmittel).
- > Bei Akupunktur: **Es wird eine maximale Anzahl von Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr erstattet, jeweils bis zu einem Höchstbetrag je Beratung und/oder Sitzung.**
- > In der Augenheilkunde: Refraktive Laser-Chirurgie mit Excimerlaser zur Korrektur von Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmung; es erfolgt eine Erstattung bis zu einer Obergrenze je behandeltem Auge.
- > Klinische Psychologie: Es erfolgt eine Erstattung für eine bestimmte, maximale Anzahl von Konsultationen und/oder Sitzungen pro Versichertem und Jahr.
- > Bei Psychiatrie: die Präsenzsprechstunden und/oder Psychotherapiesitzungen werden in der Weise erstattet, dass der Anteil der Erstattungen in dem Maß abnimmt, in dem die Zahl der Sprechstunden oder Sitzungen zunimmt.
- > Für Brillenfassungen gilt, dass diese bis zu einem Höchstbetrag erstattet werden. Ab einem Lebensalter von 15 Jahren müssen seit der letzten Erstattung für diesen Zweck mehr als zwei Jahre vergangen sein.
- > Die Kosten für maßgeschneiderte orthopädische Schuhe werden durch die Versicherung gedeckt, es gilt jedoch eine Eigenbeteiligung, die der Versicherte zu erbringen hat; diese erhöht sich ab dem 16. Lebensjahr.
- > Behandlungen in einem Kur- oder Heilbad werden pro Versichertem und Jahr für eine maximale Anzahl von Aufenthaltstagen erstattet, wenn diese im Anschluß nach einem Krankenhausaufenthalt von mindestens drei Tagen erfolgt, von einem Arzt verschrieben wurde und zum Ziel hat, die medizinische Behandlung abschließen und eine Genesung zu ermöglichen.

### **Was gehört zum territorialen Geltungsbereich?**

Der Versicherte kann weltweit Leistungserbringer und Zentren aufsuchen, die nicht dem DKKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören

und hat dabei Anspruch auf Erstattung der Kosten, die im Zusammenhang mit der medizinischen operativen Versorgung entstanden sind, sofern er sich mindestens für sechs Monate (183 Tage) im Jahr in Spanien aufhält.

Die Erbringung der Leistungen innerhalb Spaniens wird außerdem durch das DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen sichergestellt (Versorgungsmodalität Eigenmittel)

## Gesundheitskarte DKV MEDICARD®

**Kann ein dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörender vertragsgebundener Arzt neben der erteilten Autorisierung zur Erbringung bestimmter Leistungen auch die Vorlage der Gesundheitskarte DKV MEDICARD® verlangen?**

Ja. Mit der Gesundheitskarte DKV MEDICARD® weisen Sie sich gegenüber dem jeweiligen, dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden, Leistungserbringer als bei DKV Seguros Versicherter aus und man wird von Ihnen die Vorlage der Gesundheitskarte verlangen.

**Wie hoch ist der für jede medizinische Leistung zu bezahlende Beitrag?**

Die Inanspruchnahme der dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Leistungserbringer

ist frei, Sie müssen keinerlei Beträge bezahlen.

**Was passiert, wenn der Kunde sich dem Leistungserbringer gegenüber, der dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört, nicht durch seine DKV MEDICARD® ausweist?**

Dieser Leistungserbringer ist dann dazu berechtigt, Ihnen die medizinische oder chirurgische Versorgung, die er erbracht hat, in Rechnung zu stellen.

In keinem Fall erstattet DKV Seguros dem Versicherten die Kosten für Rechnungen, die durch Leistungserbringer ausgestellt werden, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören.

**Was ist zu tun, wenn Sie die Versichertenkarte DKV MEDICARD® verlieren?**

Sich mit DKV Seguros in Verbindung setzen.

Wir schicken Ihnen eine neue Karte zu.

**Wie können Sie sich mit DKV Seguros in Verbindung setzen?**

Telefonisch unter der Rufnummer des DKV Call Centers zur Kundenbetreuung 900 814 390, per Internet unter Verwendung der E-Mail-Adresse [www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com) oder indem Sie sich an eines der Büros von DKV Seguros wenden.

## Autorisierungen

### **Wann wird eine Autorisierung benötigt?**

Autorisierungen werden nur für den Zugang zu Leistungen benötigt, die über das DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen erbracht werden.

Werden Leistungen in Anspruch genommen, die durch Leistungserbringer erbracht werden, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören, ist in keinem Fall eine Autorisierung erforderlich.

### **Für welche Tests oder Dienstleistungen, die innerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen erbracht werden, sind Autorisierungen erforderlich?**

Komplexe diagnostische Untersuchungen, Beförderungen mit dem Krankenwagen, Prothesen und chirurgische Implantate, Psychotherapie-Sitzungen, Fußchirurgie, Vorsorgeprogramme und Früherkennungs-Check-ups, ärztliche Behandlungen in jeder Modalitäten für medizinische Versorgung (persönlich oder online), chirurgische Eingriffe sowie Krankenhauseinweisungen;

Wenn Sie Fragen zu den Diagnose- und Therapieleistungen haben, für die keine vorherige Autorisierung durch DKV Seguros erforderlich ist, können

Sie sich entweder auf der Webseite von DKV Seguros informieren oder unter Kapitel 2 (»Ratschläge für die Nutzung«) des für das laufende Jahr geltenden und für Sie gültigen Verzeichnisses zum Vertragsnetzwerk von Gesundheitsleistungsanbietern nachschlagen.

### **Wie wird eine Autorisierung beantragt, wenn das Aufsuchen einer Geschäftsstelle von DKV Seguros nicht möglich ist?**

Telefonisch unter der Rufnummer des DKV Call Centers zur Kundenbetreuung 900 814 390 oder über unsere Webseite ([www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com)). Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, die Autorisierung durch eine dritte Person in der Geschäftsstelle beantragen zu lassen, die Sie gewöhnlicherweise aufsuchen, diese hat Ihre Versichertenkarte und die ärztliche Verordnung für die medizinische Untersuchung vorzulegen.

## Zahlung des Versicherungsbeitrags

### **Warum wird von Jahresvertrag gesprochen, wenn die Beitragszahlung monatlich erfolgt?**

Die im Versicherungsvertrag vereinbarte Laufzeit beträgt ein Jahr und ist verlängerbar für jeweils ein weiteres Kalenderjahr; dies steht jedoch im Einklang mit einer monatlichen

Bezahlung des Beitrags. Ebenfalls ist es möglich, die Versicherung mittels vierteljährlicher oder halbjährlicher Zahlungen oder mittels eines einzigen jährlichen Beitrages zu bezahlen.

Die für den Beitrag gewählte Zahlungsweise entbindet den Versicherungsnehmer jedoch nicht von der Zahlung des gesamten Jahresbeitrages. Bei einer Rücklastschrift oder Nichtzahlung der Beitragsrechnungen ist DKV Seguros dazu berechtigt, den Betrag für den nicht beglichenen Anteil des Jahresbeitrags im Wege eines Mahnverfahrens einzufordern.

## Gesundheitsleistungen

**Ist es möglich, gleich am ersten Tag nach dem Abschluss des Krankenversicherungsvertrags einen Arzt aufzusuchen?**

Ja. Ab dem ersten Tag des Inkrafttretens der Versicherungspolice; ausgenommen davon sind einige Dienstleistungen, die einer Karenzzeit unterliegen (siehe Abschnitt 6 „Karenzzeiten“).

**Muss für das Aufsuchen oder die Präsenz- oder Fernberatungen durch angeschlossene Fachärzte der einzelnen medizinischen oder chirurgischen Fachgebiete des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen zuvor eine Genehmigung eingeholt werden?**

Nein. Es besteht freier Zugang zu Beratungsterminen von Ärzten medizinischer oder chirurgischer Fachgebiete, sowohl innerhalb des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen (Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln als auch außerhalb mittels Kostenrückerstattungs **(Modalität Fremdmittel)**). **Fernberatungen sind jedoch nur zugänglich und werden durch das von DKV Seguros organisierte Netzwerk abgedeckt (Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln).**

**Ist für den Zugang zur klinischen Psychologie eine Autorisierung erforderlich?**

Ja. Um Zugang zu diesem nicht-medizinischen Fachgebiet innerhalb des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen zu haben, ist die vorherige Einholung einer Autorisierung erforderlich.

**Brauche ich für eine Mammographie oder eine Orthopantomographie eine Autorisierung?**

Nein. Es ist keine Autorisierung erforderlich. Benötigt wird lediglich die schriftliche Verschreibung eines Arztes.

**In welchen Fällen kann ein Hausbesuch verlangt werden?**

Wenn vom Arzt aufgrund des Gesundheitszustands des Patienten von einem Arztbesuch bzw. einem Besuch im

Krankenhaus abgeraten wird.

Auch der Besuch von Krankenschwestern kann als Hausbesuch stattfinden, wenn der Arzt dies so verschreibt.

**Werden bereits vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags vorhandene Erkrankungen von der Versicherung gedeckt?**

Aufgrund der Art des Vertrags sind Vorerkrankungen nicht gedeckt; es besteht jedoch in einigen Fällen, z. B. bei allergischem Asthma, die Möglichkeit einer Deckung durch Zahlung eines Aufschlags.

**Was wird im Bereich der Zahnmedizin abgedeckt?**

Alle zahnärztlichen Leistungen sind eingeschlossen, **ausgenommen solche, die aus ästhetischen Gründen vorgenommen werden:** Wurzelbehandlungen, Parodontose, Kieferorthopädie, Zahnfüllungen und -versiegelungen, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion, Implantologie und die diagnostischen Verfahren zur Durchführung dieser Behandlungen.

**Wie erhält man Zugang zu den Leistungen der Zahn- und Mundheilkunde?**

Der Versicherte kann weltweit Zahnärzte, Praxen und Kliniken aufsuchen, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören

(Fremdmittel) und hat ein Recht auf Erstattung der für die erbrachten Leistungen angefallenen Kosten in dem Umfang, der in der Tabelle der Deckungsleistungen und Begrenzungen genannt wird, die als Anhang den Besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist.

Zudem besteht Zugang zu dem in ganz Spanien präsenten DKV-Netzwerk für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit (Eigenmittel). Gegen Vorlage der DKV MEDICARD® wird die durch den zahnmedizinischen Dienst verschriebene Leistung ohne finanzielle Auslagen Ihrerseits erbracht.

**Gibt es für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit eine Deckungsobergrenze pro Versichertem und/oder pro Jahr?**

Ja. Es gibt eine Jahreshöchstgrenze pro Versichertem und Jahr, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Begrenzungen genannt wird. Berücksichtigt werden dabei sowohl die für Zahnbehandlung in der Behandlungsmodalität Eigenmittel (DKV-Netzwerk für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit) angefallenen Beträge als auch die Beträge der erstatteten Rechnungen für in der Behandlungsmodalität Fremdmittel erfolgte Behandlungen.

**Wie viele Behandlungen zur**



**Mundhygiene (Zahnreinigungen)  
übernimmt die Versicherung pro Jahr?**

Alle, die notwendig sind, sofern eine Verschreibung durch einen Arzt erfolgt ist.

**Werden durch „DKV Top Health®“ die  
Kosten für Medikamente gedeckt?**

Medikamente werden erstattet, sofern sie verschrieben und ein Rezept ausgestellt wurde, in einer Apotheke erworben wurden, im Arzneimittelzulassungsregister verzeichnet sind und einen therapeutischen Nutzen haben. Impfstoffe und Extrakte im Zusammenhang mit allergenen Prozessen werden hiervon erfasst.

**Welche alternativen und  
komplementären Therapien werden  
durch „DKV Top Health®“ gedeckt?**

DKV Top Health® deckt Leistungen der Akupunktur als komplementäre Therapie bei Schmerzbehandlung (nur für die in Abschnitt 4.8 "besondere Deckungen" genannten Indikationen), wenn diese Leistung durch einen Arzt erbracht wird und bis zu einer jährlichen Höchstzahl von Sitzungen, für die jeweils eine Erstattungshöchstgrenze pro Konsultation und Sitzung gilt, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Begrenzungen genannt wird, die als Anhang den Besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist.

**Werden die Kosten einer**

**Periduralanästhesie während einer  
Geburt gedeckt?**

Ja. Auch bei jedem anderen chirurgischen Eingriff, wenn dies angezeigt ist.

**Werden bei „DKV Top Health®“  
die Kosten für Interventionen bei  
Kurzsichtigkeit (Myopie) gedeckt?**

Refraktive Laser-Chirurgie mit Excimerlaser zur Korrektur von Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Astigmatismus sind gedeckt, wenn ab dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherte in den Vertrag aufgenommen wurde, mindestens zwölf Monate vergangen sind.

Zur Durchführung der Behandlung kann der Versicherte zwischen dem Aufsuchen von Leistungserbringern, die dem DKV-Netzwerk von Augenärzten und Augenkliniken angehören, wählen, worüber er DKV Seguros zuvor zu informieren hat, oder er kann einen Leistungserbringer aufsuchen, der diesem Netzwerk nicht angehört (Modalität Fremdmittel); im zweiten Fall erfolgt eine Erstattung der Rechnungen innerhalb des Rahmens, der in der Tabelle der Deckungen und Beschränkungen genannt wird, die als Anhang den Besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist.

**Werden bei „DKV Top Health®“ die**

### **Kosten für klinische Psychologie gedeckt?**

Ja. Die Präsenzsitzungen der Psychotherapie sind bei Einzelpersonen und ambulanter Behandlung nach vorheriger Verschreibung durch einen Psychiater oder Kinderarzt abgedeckt und werden von einem Psychologen durchgeführt. Sie werden durch Eigenmittel gedeckt und/oder Fremdmittel gemäß der Höchstgrenzen aus der den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügten Leistungsübersichtstabelle. Fernberatung in der Psychotherapie ist nur zugänglich und abgedeckt über das DKV-Netzwerk (Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln), es werden die Präsenzsitzungen berechnet (Summe der Eigen- und Fremdmittel) zur Festlegung der jährlichen Höchstgrenze pro Versichertem. Sie sind in der Tabelle der Deckungen und Beschränkungen genannt wird, die als Anhang den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügt ist.

Sollten weitere Sitzungen erforderlich sein, bietet Ihnen DKV Seguros die Möglichkeit, die Sitzungen mit der Bezahlung einer Eigenbeteiligung fortzusetzen, nachdem ein entsprechender Antrag bei DKV Seguros gestellt und bewilligt wurde.

### **Was ist mit den Kosten der Familienplanung?**

Ja. Sowohl das Einsetzen des IUP (**einschließlich der Kosten des IUP selbst**) als auch Tubenligatur und Vasektomie werden durch Ihre Versicherung gedeckt.

Da es sich in den beiden letzten Fällen um chirurgische Eingriffe handelt, gilt eine Karenzzeit von sechs Monaten.

### **Werden bei „DKV Top Health®“ die Kosten einer assistierten Reproduktion gedeckt?**

Ja. Gedeckt werden Befruchtungstechniken, die in Spanien angewendet werden, sowohl bei Inanspruchnahme von Eigenmitteln (**DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen**) als auch bei Inanspruchnahme von Fremdmitteln in der Form der Erstattung bezahlter Rechnungen; **es besteht eine Karenzzeit von 12 Monaten** und Deckung besteht, wenn bei dem Paar eine Unfruchtbarkeit vorliegt, dieses kein gemeinsames Kind hat und sich beide im fortpflanzungsfähigen Alter befinden (mindestens 18 Jahre alt und mit einem Höchstalter, festgelegt auf 45 Jahre bei Frauen und 55 Jahre bei Männern). **Es sind sechs Versuche zur künstlichen Befruchtung und vier Versuche zur In-vitro-Fertilisation (IVF) mit eigenen Gameten enthalten sowie zwei Versuche für In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Spender-Eizellen / Präembryonen.**

Zudem übernimmt DKV Seguros

die Kryokonservierung von Samen und Eierstockgewebe (Eizellen) in den Fällen, in denen sich die Person einer chirurgischen Behandlung oder einer Chemo- oder Strahlentherapie unterziehen muss für den durch die Gesetze erlaubten Zeitraum.

**Ist die medizinische Versorgung auch bei einem Sportunfall mit Knochenbruch gewährleistet?**

Ja. Sofern es sich dabei nicht um einen Unfall handelt, der sich im Rahmen beruflicher Ausübung von Sport oder der Teilnahme an einem offiziellen Wettkampf ereignet hat und es sich nicht um eine Sportart handelt, die als Hochrisikosportart eingestuft ist.

**Ist die medizinische Versorgung im Ausland gewährleistet?**

Ja. Die Versicherung DKV Top Health®<sup>®</sup> erstattet die Beträge der Rechnungen, die für im Ausland erbrachte Dienstleistungen gestellt werden, zum selben Prozentsatz und zu denselben Bedingungen wie für in Spanien erbrachte, sofern der Versicherte mindestens sechs Monate (183 Tage) im Jahr in Spanien wohnt.

Weiter ist eine ergänzende Reiseversicherung vorhanden, die bei Notfällen aufgrund von Erkrankung oder Unfall Deckung der medizinischen Versorgung bei Reisen ins Ausland sichert, bis maximal 180 Tage je Reise oder Entsendung. (Siehe hierzu

Anhang I).

**Welche Rufnummer muss ich anrufen, wenn während eines Auslandsaufenthaltes ein medizinischer Notfall eingetreten ist?**

Wählen Sie die Rufnummer +34 913 790 434.

Sie werden beraten und man sagt Ihnen, an welches Gesundheitszentrum Sie sich für die notwendige medizinische Versorgung wenden können.

## Einweisungen ins Krankenhaus

**Was muss für eine programmierte Krankenseinweisung erledigt werden?**

Erfolgt die Einweisung in ein dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörendes Krankenhaus, muss die Einweisung zuvor durch DKV Seguros autorisiert werden (informieren Sie sich unter AUTORISIERUNGEN im Abschnitt „Wir beantworten Ihre Fragen“ über die medizinischen Leistungen, für die eine vorherige Autorisierung erforderlich ist).

Dafür ist der schriftliche Antrag eines Arztes erforderlich, aus dem der Grund für die Krankenseinweisung hervorgeht.

Im Fall eines Aufenthalts in einem

privaten Krankenhaus, das dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehört, ist keine Autorisierung erforderlich. Wenn Sie den Antrag auf Erstattung stellen, ist es erforderlich, die Rechnungen, die Verschreibung/ Einweisung sowie den Arztbericht beizufügen.

**Welches Krankenhaus kann aufgesucht werden und wie ist vorzugehen, wenn ein Notfall eingetreten ist?**

Sie können jedes private Krankenhaus aufsuchen; egal, ob es dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört oder nicht.

Gehört das Zentrum nicht dem DKV-Netzwerk an, bezahlen Sie die entsprechenden Rechnungen und beantragen die Erstattung der für die erhaltene medizinische oder chirurgische Versorgung entstandenen Kosten.

Sofern das Krankenhaus oder Zentrum dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört, müssen Sie DKV so bald als möglich die erfolgte stationäre Aufnahme mitteilen, in jedem Fall innerhalb der ersten 72 Stunden nach der erfolgten Aufnahme.

**Wann ist bei einem stationären Krankenhausaufenthalt das Bett für eine Begleitperson inbegriffen?**

Im Versicherungsschutz eingeschlossen

ist ein Einzelzimmer mit Bett für eine Begleitperson, außer bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung, auf der Intensivstation und bei Frühgeborenen, die in einem Inkubator versorgt werden.

**Ist das Netzwerk von Kliniken in den USA für Versicherte zugänglich, die bei „DKV Top Health®“ versichert sind?**

Ja, obwohl dies nicht das Deckungsziel dieses Vertrag ist, haben bei „DKV Top Health®“ Versicherte im Falle einer programmierten Aufnahme zur medizinisch-chirurgischen Behandlung Zugang zu dieser Zusatzleistung, ohne dass sie dafür Zahlungen zu leisten haben, wenn dafür im Voraus eine Autorisierung bei DKV Seguros beantragt und für den Erhalt der beantragten Leistungen auch erteilt wurde. In diesem Fall werden, wenn dies beantragt wird, die notwendigen Formaitäten für die Reise und den Transport in das jeweilige Krankenhaus erledigt, eingeschlossen ist ein Dolmetscherservice, falls notwendig.

**Anregungen und Beschwerden**

**Wie geht man vor, wenn man Anregungen oder Beschwerden einreichen möchte?**

Sie können diese schriftlich bei einer unserer Niederlassungen einreichen oder an den Service zur Vertretung und Wahrung der Kundeninteressen

(Defensa del Cliente) senden. Sie können sich hierfür schriftlich an den Firmensitz von DKV Seguros wenden, die Anschrift lautet: Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, in 50018 Zaragoza oder per E-Mail an die Adresse: [defensacliente@dkvseguros.es](mailto:defensacliente@dkvseguros.es). Sie können auch telefonisch an unsere Kundenbetreuung unter 900 814 390 wenden.

Sie haben außerdem die Möglichkeit, diese an die Beschwerdestelle der Generaldirektion für Versicherungswesen und Rentenfonds zu senden, die Anschrift lautet: Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid.

Dafür ist es jedoch erforderlich, zuvor eine Beschwerde bei der Abteilung für Kundenschutz der DKV Versicherung, „Defensa del Cliente de DKV-Seguros“, eingereicht zu haben. (Weitere Informationen zur Vorgehensweise finden Sie im Abschnitt „Einleitende Klausel“).

# **Zusätzliche Gesundheits- dienstleistungen**

# 1. Ärztliche Fernberatung

## a) Telefonische Beratung

### 1.1 24-Stunden-Rufbereitschaftsdienst

Den bei DKV Seguros Versicherten steht ein 24-Stunden-Rufbereitschaftsdienst zur Verfügung, der sich aus Ärzten und Verwaltungspersonal zusammensetzt, die darauf spezialisiert sind, Leistungen einer medizinischen Versorgung durch Hausbesuche zu koordinieren und zu aktivieren, je nach Art der abgeschlossenen Versicherung und der geografischen Lage des Wohnsitzes.

### 1.2 DKV 24-Stunden-Arzt

Diese Leistung bietet den bei DKV Seguros Versicherten telefonische medizinische Beratung und stellt Informationen bereit, um Sorgen und Zweifel hinsichtlich aufgetretener Krankheitssymptome, diagnostischer Tests, Gesundheitsprobleme und zu Medikamenten zu klären.

### 1.3 24-Stunden-Telefonlinie Kinderarzt

Dieser Service bietet den Versicherten von DKV Seguros eine medizinische Telefonberatung durch einen Arzt oder einen Kinderarzt, der Auskunft gibt und Fragen zu Symptomen, Untersuchungen und Gesundheitsproblemen von Kindern bis zum Alter von 14 Jahren beantwortet.

### 1.4 Telefonlinie zur medizinischen Beratung bei Adipositas (extremes Übergewicht) von Kindern

Diese Leistung bietet den Eltern von bei DKV Seguros versicherten Kindern telefonische Beratung durch Ärzte oder Diätassistenten und stellt Informationen über Strategien und medizinische Unterlagen zur Vorbeugung und Behandlung von Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern bereit.

### **1.5 Telefonlinie medizinische Beratung in der Schwangerschaft**

Diese Leistung stellt den bei DKV Seguros versicherten schwangeren Frauen telefonische medizinische Beratung durch Ärzte oder Fachärzte für Geburtshilfe zur Verfügung; es werden Informationen gegeben und Zweifel ausgeräumt hinsichtlich auftretender Symptome, zu Untersuchungen, zu allgemeinen Gesundheitsproblemen sowie zu speziellen Medikamenten im Zusammenhang mit der Schwangerschaft.

### **1.6 Telefonlinie medizinische Beratung von Frauen**

Diese Leistung stellt den bei DKV Seguros versicherten Frauen telefonische medizinische Beratung durch Ärztinnen zur Verfügung; es werden Informationen gegeben und Zweifel ausgeräumt hinsichtlich auftretender Symptome, zu Untersuchungen, zu allgemeinen Gesundheitsproblemen und zu speziellen Medikamenten im Zusammenhang mit Frauenkrankheiten.

### **1.7 Telefonlinie Sportmedizin**

Diese Leistung bietet den versicherten Personen von DKV Seguros telefonische Beratung rund um Sportmedizin, welche von Experten in Sportmedizin, Ärzten oder Ernährungsberatern

durchgeführt wird, stellt entsprechende Informationen zur Verfügung, beseitigt Zweifel zur Prävention von Verletzungen, gibt Auskunft über angemessene sportliche Betätigung und berät bei jenen Krankheitsverläufen, bei denen sportliche Betätigung Teil der ärztlich verordneten Therapie ist.

### **1.8 Telefonlinie medizinische Beratung zu Ernährungsfragen**

Dieser Service bietet den Versicherten von DKV Seguros telefonische Ernährungsberatung durch Fachärzte für Ernährungsmedizin oder Diätassistenten; diese stellen Informationen zur Verfügung, klären Zweifel hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge sowie der Ernährungskontrolle bei Krankheitszuständen, bei denen Diät als Teil der Behandlung vom Arzt verschrieben wurde.

### **1.9 Telefonlinie Tropenmedizin**

Dieser Service bietet den Versicherten von DKV Seguros telefonisch oder per Internet medizinische Beratung und stellt Informationen zur Verfügung; es werden Zweifel hinsichtlich auftretender Symptome, Untersuchungen, allgemeiner Gesundheitsprobleme geklärt sowie zu Chemoprophylaxe und den diesem Fachgebiet eigenen Arzneimitteln.



### 1.10 Telefonlinie für psychologisch-emotionale Beratung

Der Versicherte kann pro Jahr sechs psychologische Beratungen von jeweils dreißig Minuten in Anspruch nehmen und erhält durch ein qualifiziertes Team von Psychologen Orientierungshilfe; jeder einzelne Fall wird individuell behandelt.

Sprechzeiten sind an Arbeitstagen von 8.00 Uhr bis 21.00 Uhr, der Zugang erfolgt nach vorheriger Terminvereinbarung.

### b) Zweite ärztliche Meinung bei schwerer Erkrankung

Über diesen kostenlosen Service erhält der Versicherte oder sein behandelnder Arzt im Falle einer schweren Krankheit Zugang zu einer Beratung aus der Distanz und einer zweiten Meinung von weltweit anerkannten Fachärzten.

Diese Experten werden den Krankheitsverlauf studieren und ihre Meinung bezüglich der Diagnose und möglicher Behandlungsalternativen abgeben.

### c) Zweite bioethische Meinung bei schwerer Erkrankung

Durch diesen kostenlosen Service erhält der Versicherte oder sein Arzt beim Vorliegen einer schweren Erkrankung Zugang zu Beratung und einer zweiten Meinung eines Arztes, der im Bereich der Bioethik spezialisiert ist; dieser studiert vertraulich und aus der Distanz die medizinischen Unterlagen und den Krankheitsverlauf und erteilt seine Meinung zu den bioethischen Aspekten einer Behandlung oder einer schwierigen, zu treffenden ärztlichen Entscheidung.

## 2. Digitale Gesundheitsleistungen: App Quiero cuidarme Más (QC+)

Bei DKV Seguros setzen wir auf Technologie, um Ihnen zu helfen, sich um Ihre Gesundheit zu kümmern. Daher haben wir eine breite Palette von Leistungen im Bereich e-Health entwickelt, die im Versicherungsumfang unserer Versicherten enthalten sind und über die App **Quiero cuidarme Más** verfügbar sind. Dazu gehören:

### 2.1. Selbstversorgungstools und personalisierte Präventionspläne

#### 2.1.1 Der Index für gesundes Leben (IVS)

Er besteht in einer Umfrage zur Gesundheit. Dabei wird ein Wert zwischen 0 und 1000 über das Gesundheitsniveau mithilfe von neun zuvor eingegebenen Indikatoren (BMI, Glucose, Cholesterin, Blutdruck, Schlafqualität, emotionales Wohlbefinden, körperliche Betätigung, Zigarettenkonsum und Ernährung) ermittelt. Die angegebenen Daten können mit Apple Health, Google und anderen Geräten der nächsten Generation synchronisiert werden.

Zusätzlich zu diesen neun Parametern besitzt der Benutzer weitere Faktoren wie persönliche und familiäre Vorgeschichte, Allergien, natürliche Anteile usw.

#### 2.1.2 Achten Sie auf Ihre psychische Gesundheit

Tool, mit dem Sie psychologische Beratung per Chat anfordern können. Dafür ist lediglich erforderlich, die Anliegen bzw. Beschwerden anzugeben und einen individuellen Fragebogen auszufüllen, damit der Psychologe die Anfrage beurteilen kann. Darüber hinaus werden der Zugang zu einer psychologischen und psychiatrischen Videosprechstunde sowie die Nutzung anderer Leistungen und Tools für den Erhalt der psychischen Gesundheit ermöglicht.

#### 2.1.3. Individuell erstelltes Vorsorgeprogramm

Mit den Gesundheitsdaten kann der Versicherte auf individuelle Vorsorgeprogramme mit Unterstützung eines Coachs zur Auswertung und

Nachverfolgung zugreifen. Für eine individuelle Beratung hat der Coach nach Zustimmung des Nutzers Zugang zu den Indikatoren und die Personalakte des Versicherten.

Der Versicherte kann sich ferner bezüglich der Gesundheitsindikatoren, die er verbessern möchte, Ziele setzen.

### **2.1.4. Gesundheitscoach**

Im Chat werden Fragen geklärt und Tipps für eine gesunde Lebensweise gegeben. Je nach den speziellen Risikofaktoren des Versicherten und nach Alter und Geschlecht können individuelle Gesundheitsprogramme erstellt werden.

## **2.2. Orientierungshilfe zu Diagnose und Behandlung**

### **2.2.1. Symptom-Checker**

Die App Quiero Cuidarme Más enthält einen Symptomchecker, der dem Versicherten eine schnelle und zuverlässige Orientierung zu bestimmten Gesundheitsfragen bietet. Sie bietet auch die Möglichkeit, sich nach der Auswertung an einen Spezialisten zu wenden.

### **2.2.2 Virtuelle Konsultation**

Sie können sich auch direkt per Mobiltelefon an die einzelnen Fachärzte des QC + Ärzteteams wenden. In der Allgemeinmedizin und der Kinderklinik wird dieser Service per Chat, telefonisch oder per Videoanruf angeboten.

All das auf eine einfache, sichere Art und Weise und unter vollständiger Wahrung der Vertraulichkeit.

### **2.2.3. Digitale Hebamme**

Der Chatservice der digitalen Hebamme ermöglicht es, alle Zweifel auszuräumen, die bei werdenden Müttern während der Schwangerschaft und danach in den ersten hundert Tagen nach der Entbindung aufkommen, so etwa Fragen zum Stillen, zur Babypflege und zur eigenen Genesung. Darüber hinaus wird den Frauen angeboten, sie zu begleiten, um eine postpartale Depression zu vermeiden oder frühzeitig zu erkennen.

## **2.3 Die Online-Vorgänge mit dem Unternehmen: Terminanfrage, Gesundheitsordner und -tagebuch und elektronisches Rezept**

### **2.3.1 Online-Terminvergabe**

Zur Terminvereinbarung in vielen Gesundheitszentren ohne Telefonanruf oder persönliches Erscheinen.

### **2.3.2 Ihr persönlicher Gesundheitsordner**

Im Gesundheitsordner können Sie Ihre ärztlichen Gutachten empfangen, aufbewahren, einsehen und auf sichere Weise herunterladen und automatisch Ihre Anfrage nach Analyseergebnissen und bildgebenden Untersuchungen empfangen, die vom Arzt während der Sprechstunde erstellt werden. Sie haben ebenfalls Zugriff

auf die Untersuchungsergebnisse. An den Gesundheitsordner wird auch das zugelassene elektronische Rezept geschickt, das vom Facharzt über die App ausgestellt wird. Mit diesem Rezept erhalten Sie Ihr Medikament in der Apotheke.

Dieser Service ist ferner mit den Produkten und Dienstleistungen des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden bezüglich Medikamenten und parapharmazeutischen Waren für den Online-Kauf verbunden.

### **2.3.3 Diario de salud- das Gesundheitstagebuch**

Das Gesundheitstagebuch ist Ihr persönlicher Terminplaner zur Aufzeichnung Ihrer Arzttermine und zur Einsicht in den Verlauf der medizinischen Vorgänge.

### **2.3.4. Meine Apotheke**

Mit dieser Funktion können Sie bei der Allgemeinmedizin elektronische Rezepte anfordern, die Medikamente des Versicherten einsehen und einen Live-Chat mit pharmazeutischen Fachkräften zur Klärung von Fragen führen.

Das elektronische Rezept ermöglicht dem Arzt die Ausstellung von Arzneimittelrezepten. Der Versicherte erhält sie automatisch in seiner Gesundheitsmappe und kann sich damit direkt an seine Apotheke wenden. Wir verwenden dafür das REMPe-System, ein von der Ärztekammer, Organización Médica Colegial (OMC), zugelassenes Verschreibungs- und Ausgabesystem.

## 3. Netzwerk von Kliniken in den Vereinigten Staaten

Dieser Service stellt den bei „DKV Top Health“ Versicherten ein breites Netzwerk an ausgewählten Krankenhäusern in den Vereinigten Staaten bereit. Es ist gedacht für geplante medizinisch-operative Einweisungen.

Versicherte, die in einem solchen Krankenhaus behandelt werden wollen, was zuvor beantragt werden und wozu eine ausdrückliche Autorisierung vonseiten von DKV Seguros erteilt werden muss, müssen insoweit nicht in Vorleistung gehen und die Gesamtkosten der veranschlagten Rechnungen bezahlen, um diese dann im Wege der Erstattung von DKV wiederzuerhalten; sie haben nur die Summe zu bezahlen, die über die von ihnen abgeschlossene Versicherung nicht gedeckt wird (bei Beträgen, bei denen dies möglich ist), DKV Seguros kümmert sich um die gedeckte Summe.

Wenn der Versicherte dies wünscht, kann DKV Seguros sämtliche für die Reise und den Transport in das jeweilige Krankenhaus notwendigen Formalitäten erledigen.

## 4. DKV Call Center zur Kundenbetreuung

### Beratung, Information und Autorisierungen

Für die bei DKV Seguros Versicherten steht ein telefonischer Kundenbetreuungsservice bereit, dort können sie sich über Ärzte, medizinische Fachkräfte und Versorgungseinrichtungen mit Vertragsbindung an DKV informieren, Autorisierungen beantragen, Verträge zu Versicherungen oder Dienstleistungen abschließen, Anregungen vorbringen und beinahe alle Formalitäten erledigen, ohne dass dafür eines unserer Büros aufgesucht werden muss.

**DKV Club Salud  
y Bienestar  
(DKV Club für  
Gesundheit  
und Wohlbefinden)**

Der Vertragsabschluss der Krankenversicherung „DKV Top Health®“ erlaubt Versicherten den Zugang zu den zusätzlichen Leistungen des DKV Club Salud y Bienestar (DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden), die sich vom Versicherungsschutz unterscheiden und nachfolgend aufgeführt sind.

Weitere Einzelheiten bezüglich des Zugangs zu diesen Leistungen sind auf der Webseite **[www.dkvclubdesalud.com](http://www.dkvclubdesalud.com)** zu finden oder können telefonisch durch Anruf bei einer der im DKV-Verzeichnis der Gesundheitsleistungsanbieter mit Vertragsbindung genannten Rufnummern erfragt werden.



# 1. Club DKV Salud y Bienestar Premium (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden Premium)

Der Versicherte hat mittels Ermäßigungsgutschein Zugang zum Leistungsnetzwerk des „**DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden**“, wobei die dafür anfallenden Kosten selbst zu tragen sind. Dadurch hat er die Möglichkeit, verschiedene ergänzende Leistungen in Anspruch zu nehmen, die zur Verbesserung der Gesundheit, zur Vorsorge, für Schönheitsleistungen, zur Gesundheitspflege, Umstellung und für das körperliche und emotionale Wohlbefinden angeboten werden, sowie zu medizinischen Leistungen und verschiedener familiärer Unterstützung. Dafür gibt es Ermäßigungen und/oder mit Spezialtarife, die unter den marktüblichen Preisen liegen.

In Abhängigkeit von der Art der Serviceleistung, die die versicherte Person innerhalb des **Leistungsnetzwerkes des DKV Clubs Salud y Bienestar** in Anspruch nehmen will, werden zwei Arten des Zugangs unterschieden:

**1) Reservierung der Leistung mit Gutschein:** Der Versicherte sucht auf der Website [www.dkvclubdesalud.com](http://www.dkvclubdesalud.com) die Preise der zur Verfügung stehenden Leistungserbringer, reserviert den Gutschein, vereinbart mit dem ausgewählten direkt einen Termin und weist sich bei seiner Ankunft dort mit dem Gutschein und seiner Versicherungskarte von DKV Seguros aus. Das ist erforderlich, damit der Leistungserbringer den für den DKV Club Salud y Bienestar geltenden Sondertarif anrechnen kann. Zum Abschluss zahlt der Versicherte die erbrachte Leistung direkt an den Erbringer.

**2) Online-Zahlung der Leistung:** in anderen Fällen ist zur Inanspruchnahme einiger Serviceleistungen des „DKV Club Salud y Bienestar“ eine Vorauszahlung erforderlich. Der Kunde informiert sich auf der Internetseite [www.dkvclubdesalud.com](http://www.dkvclubdesalud.com) über die Tarife der verfügbaren Zentren oder Spezialisten, reserviert seinen Gutschein und bezahlt ihn mit einer Kredit- oder Debitkarte.

Ferner muss direkt mit dem Arzt ein Termin vereinbart werden und beim Eintreffen in der Klinik muss sich der Patient mit seiner Karte von DKV Seguros ausweisen, um die Leistung zu erhalten.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Internetseite **www.dkvclubdesalud.com**, **telefonisch unter den Rufnummer 900 810 670** oder direkt in einer der Zweigstellen von DKV Seguros .

**Bei jeder Vertragserneuerung der Versicherung kann DKV Seguros das „Red de Servicios DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden“, die Preisnachlässe, die Tarife und die Service-Leistungen im DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden ändern**, in dem neue Service-Leistungen aufgenommen oder bestehenden gestrichen werden, um das Angebot an den Leistungsbedarf der Kunden anzupassen.

### **1.1 Serviceleistungen zur Gesundheitsförderung**

**1.1.1 Wellness-Dienstleistungen: Kur- und Heilbäder sowie städtische Spas**  
DKV Seguros stellt den Versicherten zu günstigen Bedingungen Rabattgutscheine bereit für den Zugang zu Badetherapie, Hydrotherapie, Bewegungstherapie, Behandlungen zu Drainage oder Straffung.

**Kur- und Heilbäder:** Hierbei handelt es sich um ein Heilbad mit der Möglichkeit des Aufenthaltes und der Übernachtung, gedacht zur Erholung und zur Behandlung mit Heil- und Mineralwasser, dessen Nutzen anerkannt ist und dessen therapeutische Wirkung geprüft wurde und von der Temperatur, dem Druck, der chemischen Zusammensetzung, der Radioaktivität, der Bakterienflora und den gelösten Gasen abhängig ist.

**Städtische Spas:** Diese Kurzentren finden sich in innerstädtischen Lagen und im Gegensatz zu Kur- und Heilbädern verbringen die Kunden hier nur einige wenige Stunden am Tag und sie übernachten dort nicht.

**1.1.2 Fitnessstudios und Fitness**  
Zugang zu günstigen Bedingungen mittels eines Rabattgutscheins zu den dem Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) angehörenden Fitness-Studios.

**1.1.3 Ernährungsberatung**  
Mit Sonderpreis Zugang zu einem persönlichen Beratungstermin zur Bewertung und Ausarbeitung eines personalisierten Ernährungsplans und im Anschluss daran dessen Monitoring.

## 1.2 Präventive Serviceleistungen

### 1.2.1 Prädiktive genetische Untersuchungen

Bei nicht durch die Versicherung gedeckten Indikationen, mit Rabattgutschein Zugang zu Untersuchungen, die Informationen zum Risiko einer bestimmten Person liefern, an einer konkreten, genetisch bedingten Krankheit zu erkranken. Die Untersuchung erfolgt normalerweise durch eine Blutuntersuchung, die in einem Genetiklabor stattfindet und mit der festgestellt wird, ob Veränderungen des oder der im Zusammenhang mit einer Krankheit stehenden Gens oder Gene bestehen. Die durchführbaren Untersuchungen sind: Unter anderem das vorgeburtliche Screening des DNA im mütterlichen Blut, Test zu kardiovaskulären Risiken, genetisches Profil zu Fettleibigkeit sowie die Durchführung des Vaterschaftstests.

### 1.2.2 Programm zur Raucherentwöhnung

Zugang über einen Ermäßigungsgutschein zu günstigen Preisen zu einer neuartigen Dienstleistung, um mithilfe verschiedener Techniken das Rauchen aufzugeben.

### 1.2.3 Kryokonservierung in Datenbanken für Stammzellen aus dem Nabelschnurblut

Die Transplantation von Nabelschnurblutstammzellen ist derzeit

eine gängige Behandlungsmethode bei vielen schweren Erkrankungen (u.a. Leukämie, Lymphdrüsenkrebs, Neuroblastome, Thalassämie [Erkrankung der roten Blutkörperchen]). Die versicherten Personen, die Zugang zu diesen Serviceleistungen zu finanziell vorteilhaften Bedingungen wünschen, können einen Ermäßigungsgutschein erwerben, der die Gewinnung, den Transport, die Voruntersuchungen und die Einlagerung der hämopoetischen Stammzellen aus der Nabelschnur ihrer Kinder in einer privaten Stammzellenbank für einen Zeitraum von 20 Jahren umfasst (mit der Möglichkeit einer Verlängerung).

### 1.2.4 Biomechanische Ganganalyse

Diese Leistung, verbunden mit dem Erwerb eines Rabattgutscheins, stellt den Versicherten ein Netzwerk von vertraglich gebundenen Podologen zur Verfügung, die auf die Entwicklung und Herstellung von individuellen Einlagen sowie auf die erforderlichen fortlaufenden Kontrollen und Garantieleistungen spezialisiert sind.

## 1.3 Medizinische kosmetische oder Schönheitsleistungen

### 1.3.1 Refraktive Laser-Chirurgie zur Korrektur von Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmung

DKV Seguros stellt den Versicherten über den Erwerb von Rabattgutscheinen

zu günstigen Preisen ein Netzwerk von Augenkliniken bereit, die sich auf die Laserbehandlung von Refraktions-Fehlstellungen (Kurzichtigkeit, Weitsichtigkeit sowie Astigmatismus) spezialisiert haben.

### **1.3.2 Laser-Chirurgie der Alterssichtigkeit**

Bei Presbyopie (Altersweitsichtigkeit) handelt es sich um eine Sehstörung, die in der Regel zwischen dem 40. und dem 45. Lebensjahr eintritt und sich durch eine verminderte Fähigkeit des Auges äußert, sich auf Nahsicht anzupassen. DKV Seguros bietet den Versicherten über den Erwerb eines Rabattgutscheins zu vorteilhaften Preisen den Zugang zu einem Netzwerk von Augenkliniken, die auf eine operative Korrektur durch Implantierung von intraokularen Linsen spezialisiert sind.

### **1.3.3 Laser-Chirurgie der Alterssichtigkeit**

Hierzu gehört mittels eines Rabattgutscheins zu günstigen Preisen der Zugang zu Beratungen und einem breiten Angebot an nicht-invasiven Gesichts- und Körperbehandlungen (Peelings, Hautfleckenentfernung, Lymphdrainage, Hautstraffungen, usw.) sowie zu operativen Behandlungen wie Brustkorrekturen, Bauchdeckenstraffung, usw., zu vorteilhaften finanziellen Konditionen.

## **1.4 Ergänzende medizinische Serviceleistungen**

### **1.4.1 Behandlung zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung**

Versicherungsnehmer, die diese Leistung nicht mittels der Modalität ihrer Versicherung gedeckt haben, oder die die höchstmögliche Anzahl von Versuchen überschritten haben, können über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins auf ein Netzwerk von auf die Diagnose und Behandlung von Unfruchtbarkeit spezialisierter Kliniken zugreifen; unter Verwendung der fortschrittlichsten Techniken für assistierte Reproduktion, wie zum Beispiel In-vitro-Fertilisation, künstliche Befruchtung, Übertragung von Präembryonen, und/oder Kryokonservierung von Eizellen, Spermata und Embryonen.

### **1.4.2 Psychologie**

Zugang zu vorteilhaften Preisen über das Leistungsnetzwerk des „DKV Clubs Salud y Bienestar“ zur Vornahme psychologischer und psychometrischer Tests und/oder Konsultationen der klinischen Psychologie, in den Fällen, in denen die für jeden Versicherten festgelegte maximale Obergrenze pro Jahr überschritten wurde (Summe der Besuche und/oder Sitzungen durch Inanspruchnahme von Eigenmitteln und von Fremdmitteln); diese Obergrenze ist ausgewiesen in den Allgemeinen Vertragsbedingungen und in der

Tabelle der Deckungsleistungen und Beschränkungen, die den für die Versicherung geltenden Besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist.

## 1.5 Serviceleistungen zur persönlichen Selbstbeobachtung

### 1.5.1 Hörgesundheit

Ermöglicht über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins die Durchführung eines Hörtests im Netzwerk der Hörzentren des DKV Clubs Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) sowie den Erwerb von Hörgeräten zu vorteilhaften finanziellen Konditionen.

### 1.5.2 Gesundheit der Haargefäße

Diese Leistung ermöglicht mithilfe des Erwerbs eines Ermäßigungsgutscheins den Zugang zu einem Verfahren zur personalisierten Diagnose, zu der das Setzen kapillarer Prothesen und Perücken für Onkologie-Patienten gehören, sowie die fortschrittlichsten Behandlungen zur Vermeidung von progressiven Haarausfall oder Alopezie, wie das Einbringen von kapillaren Micrografts oder Implantaten.

### 1.5.3 Serviceleistungen optische Einrichtungen

Die versicherte Person kann über den Erwerb eines Rabattgutscheins über das Netzwerk der Augenoptiker, die dem Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit

und Wohlbefinden) angehören, bedeutende Preisnachlässe beim Erwerb von Sehhilfen (Brillenfassungen und Brillengläser), Kontaktlinsen sowie von Hygiene- und Reinigungsmitteln erhalten.

### 1.5.4 Serviceleistungen der Orthopädie

Ermöglicht mithilfe eines Rabattgutscheins den Kauf von orthopädischen Gerätschaften zu sehr wettbewerbsfähigen Preisen.

### 1.5.5 Online-Parapharmazie

Der Versicherte hat durch den vorherigen Erwerb eines Rabattgutscheins die Möglichkeit, zu besonders günstigen Preisen Drogerie- und parapharmazeutische Produkte (Kosmetika, Sonnenschutzmittel, Insektenabwehrmittel, usw.) zu erwerben, die, ohne Medikamente zu sein, aktiv zum Wohlbefinden und zur Gesundheit des Menschen beitragen.

## 1.6 Serviceleistungen der Heilgymnastik oder Rehabilitation

### 1.6.1 Umschulungstherapie für die Wiedererlangung von gestörten Lautbildungen, der Sprache oder Zunge

DKV Seguros stellt den Versicherten logopädische Leistungen zur Behandlung von Störungen der Aussprache, Lautbildung und des Sprachverstehens zu besonderen Tarifen je Sitzung bereit in den Fällen, die nicht im Deckungsumfang der

Versicherung enthalten sind (Störungen der neurologischen Entwicklung, des Lernens, Legasthenie, Dyslalie, Stottern, etc.).

### **1.6.2 Therapien der obstruktiven Schlafapnoe**

Mithilfe eines Rabattgutscheins wird der Kauf zu günstigen Bedingungen von Heim-Beatmungsgeräten für die CPAP-Beatmung (zur nasalen positiven und kontinuierlichen Überdruckbeatmung der Atemwege) oder BiPAP-Beatmung (positiver Druck auf zwei Ebenen auf die Luftwege) ermöglicht. Diese Geräte ermöglichen die kontinuierliche Zufuhr von positiver Druckluft während des Schlafes zu Hause, gedacht für Patienten die an einer Schlafstörung am Tag leiden, die ihre Aktivität einschränkt und/oder mit damit zusammenhängenden Risikofaktoren (Bluthochdruck, kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Krankheiten sowie mit ihrer Aktivität verbundenem Verkehrsunfallrisiko). Ebenfalls besteht Zugang zu einer Behandlung mit intraoralen Apnoeschienen (Schnarchschiene)

### **1.6.3 Programm zu Training oder Rehabilitation des Beckenbodens**

Die Versicherte kann mithilfe eines Rabattgutscheins des DKV Clubs Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) am Programm zu Training oder Rehabilitation des Beckenbodens teilnehmen, das auf Übungen nach Kegel basiert.

## **1.7 Sozio-sanitäre Serviceleistungen und Familienhilfeleistungen**

### **1.7.1 Unterstützung für Familienangehörige oder Alleinstehende im Krankenhaus.**

Eine Fachkraft wird Sie während Ihrer stationären Einweisung und solange Sie darauf angewiesen sind begleiten.

### **1.7.2 Postpartale Betreuung zu Hause**

Medizinische Fachkräfte unterstützen Sie bei den tagtäglichen Aufgaben mit dem Neugeborenen und zeigen Ihnen Rückbildungsübungen. Weiter kümmern sie sich um die Entwicklung der Mutter, achten auf Anzeichen von Angstzuständen und Depression sowie auf Fortschritte des Neugeborenen, sie helfen beim Stillen, der Nahrungszubereitung sowie der Hygiene der Mutter und des Neugeborenen.

### **1.7.3 Häusliche Hilfsleistungen**

Leistungen, die durch qualifiziertes Personal erbracht werden und eine Reihe nützlicher Hilfestellungen umfassen, für Personen mit einer Minderung ihrer Selbstständigkeit und ihrer persönlichen Bewegungsfähigkeit, mit Schwierigkeiten beim Aufstehen, Duschen, Ankleiden sowie der Zubereitung der täglichen Mahlzeiten, die einen ständigen Betreuer benötigen.

#### **a) Persönliche Betreuung:**

Fachkräfte unterstützen bei persönlicher Körperhygiene, Mobilität im häuslichen

Umfeld sowie persönlicher Hygiene und Änderung der Körperhaltung bei bettlägerigen Personen.

#### **b) Hauswirtschaftliche Hilfe:**

Das erfahrene Fachpersonal unterstützt Sie bei der Reinigung des häuslichen Umfelds, bei Haushaltseinkäufen und sogar bei der Zubereitung von Mahlzeiten.

#### **1.7.4 Teleassistenten-Service mit fest installierten und mobilen Geräten**

Der Zugang zu diesem Service erfolgt über ein spezielles Gerät und ist individuell angepasst; er wird durch Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte 24 Stunden täglich und an 365 Tagen im Jahr innerhalb und außerhalb der Wohnräume gewährleistet. Es handelt sich um mobile oder fest installierte Geräte, die für Notfälle gedacht und permanent mit einer Alarmzentrale verbunden sind.

#### **1.7.5 Leistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes**

Es handelt sich um eine Vielzahl von Gegenständen, die dazu bestimmt sind, das Wohnumfeld an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Diese Produkte erlauben es, den Zugang und die Mobilität innerhalb Ihres Zuhauses zu verbessern.

#### **1.7.6 Netzwerk von Seniorenheimen**

Sozialfürsorge, medizinische und psychologische Rehabilitation, zur Steigerung der Lebensqualität von

Personen, die aus gesundheitlichen, familiären oder sozialen Gründen nicht selbstständig sind.

#### **1.7.7 System betreutes Wohnen**

Bei diesen Unterkünften handelt es sich um Wohnungen für Senioren, die mit Gleichaltrigen leben und sich sicher fühlen wollen, ohne auf Freiheit, Selbstständigkeit und Privatsphäre verzichten zu müssen. Das System betreutes Wohnen bietet ständige Betreuung, medizinische Versorgung, Krankenpflege, Podologie und Physiotherapie.

# **Bedingungen Allgemeines**



# 1. Einleitende Klausel

Der vorliegende Vertrag unterliegt dem spanischen Gesetz Ley 50/1980 vom 8. Oktober zu Versicherungsverträgen.

Die Aufsicht über die Versicherungstätigkeit von DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. (nachfolgend DKV Seguros genannt) mit Sitz unter der Anschrift Torre DKV, Avenida María Zambrano 31 in 50018 Zaragoza, obliegt dem Königreich Spanien, konkret dem Wirtschaftsministerium, und wird wahrgenommen durch die spanische Behörde Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Der Vertrag setzt sich zusammen aus den folgenden Dokumenten:

- > Dem einleitenden Informationsdokument zur Versicherung (Versicherungsantrag)
- > Der Gesundheitserklärung
- > Den Allgemeinen Vertragsbedingungen

- > Den Besonderen Vertragsbedingungen
- > Den Sonderbedingungen (nur in den entsprechenden Fällen)
- > Ergänzungen oder Anhängen

Für Transkriptionen von Gesetzen oder Verweise darauf ist keine ausdrückliche Annahme erforderlich, da diese ohnehin verbindlich zu erfüllen sind.

Versicherungsnehmer, Versicherte und Begünstigte, geschädigte Dritte oder deren Rechtsnachfolger können sich zur Wahrnehmung ihrer Interessen und zur Lösung von mit DKV Seguros entstehenden Konfliktsituationen jederzeit an folgende Beschwerdestellen wenden:

An jedes Büro von DKV Seguros, an den Service zur Vertretung und Wahrung der Kundeninteressen (Defensa del Cliente) oder an unseren Kundenbetreuungsservice.

Schriftliche Beschwerden richten Sie an die folgende Adresse: Defensa del Cliente de DKV Seguros, Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, 50018 Zaragoza; per E-Mail: [defensacliente@dkvseguros.es](mailto:defensacliente@dkvseguros.es); oder auf telefonischem Weg unter der Rufnummer 900 810 072 unseres Kundenservice.

Der Kunde kann die Form der Antwort und die Adresse, an die diese gesendet werden soll, selbst wählen. Wird keine andere Form dafür festgelegt, wird die Beschwerde schriftlich beantwortet, innerhalb einer Frist von maximal zwei Monaten. Die für die Betreuung durch das DKV Call Center zur Kundenbetreuung geltenden Regelungen liegen in den Büros des Unternehmens zur Einsicht bereit.

Nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten und sofern der Kunde mit der vorgeschlagenen Lösung nicht einverstanden ist, kann er sich an die Beschwerdestelle der Generaldirektion der Versicherungen und Pensionskassen wenden: Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid.

Sobald das vorab gegen DKV Seguros gerichtete Verfahren bestätigt ist, wird ein Verwaltungsverfahren eingeleitet.

Ungeachtet der vorstehend genannten Rechtsmittel haben Sie die Möglichkeit, bei dem dafür zuständigen Gericht eine Beschwerde einzureichen.

## 2. Grundlegende Konzepte Definitionen

Für die Zwecke dieses Vertrages versteht man unter:

### A

#### **Akupunktur**

Eine auf der traditionellen chinesischen Medizin basierende therapeutische Praktik, bei der spezifische anatomische Punkte zu therapeutischen Zwecken stimuliert werden, was im Allgemeinen durch Punktierung der Haut mit speziellen Nadeln geschieht.

#### **Alter, fortpflanzungsfähiges**

Für durch die Versicherung gedeckte Behandlungen und Verfahren der assistierten Reproduktion wird für diesen Versicherungsvertrag als fortpflanzungsfähig ein Alter für Frauen von 18 bis 42 Jahre, beide eingeschlossen, und für Männer von 18 bis 55 Jahre festgelegt.

#### **Alternative und komplementäre Therapien**

Hierunter zusammengefasst werden vielfältige Therapiearten und medizinische Praktiken, die derzeit nicht als Teil der herkömmlichen Schulmedizin betrachtet werden.

#### **Alter, versicherungstechnisches**

Dies ist das Alter, das die versicherte Person an ihrem nächsten Geburtstag erreichen wird, auch wenn dieser Tag noch nicht erreicht wurde, als Referenz wird der Zeitpunkt des Inkrafttretens oder der Verlängerung des Vertrags herangezogen.

#### **Ambulant durchgeführte große Operationen**

Alle Operationen, die in einem Operationsaal unter Vollnarkose, lokaler oder regionaler Narkose oder Sedierung am Patienten von einem Chirurgen durchgeführt werden und die wenig intensive und kurzfristige postoperative Versorgung erfordern, weshalb kein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich ist und der Patient wenige

Stunden nach dem Eingriff nach Hause entlassen werden kann.

### **Ambulant durchgeführte kleinere chirurgische Eingriffe**

Gesundheitsversorgung des Patienten bei Prozessen, die einfache chirurgische Verfahren oder einfache Eingriffe an oberflächlichem Gewebe erfordern, die in der Praxis vorgenommen werden und für die im Allgemeinen Lokalanästhesie erforderlich ist. Die am häufigsten verwendeten Techniken sind chirurgische Exzision und Kryotherapie.

### **Angeborene Krankheit, Verletzung, Miss- oder Fehlbildung bzw. Defekt**

Hierbei handelt es sich um Leiden, die bereits ab Geburt als Folge von Erbfaktoren bestehen oder infolge von während der Schwangerschaft bis zum unmittelbaren Zeitpunkt der Geburt aufgetretener Komplikationen.

Angeborene Leiden können unmittelbar nach dem Geburtsvorgang erkannt werden oder aber erst viel später, zu jedem anderen Zeitpunkt im Leben einer Person.

### **Arzt**

Examiniertes Arzt oder Doktor der Medizin, mit gültiger Approbation zur Ausübung des Arztberufes und damit zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung von Krankheiten, Gebrechen oder Verletzungen, an der die versicherte Person leidet oder die sie erlitten hat.

### **Arzttermin ohne direkte Anwesenheit (CNP) bzw. Fernberatung**

Sie wird in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen als „Fernberatung“ oder auch als E-Sprechstunde, virtuelle oder telematische Sprechstunde bezeichnet. Die Sprechstunde wird ohne direkte Anwesenheit auf digitalem Weg abgehalten. Der Arzt orientiert, diagnostiziert und / oder behandelt den Patienten und verschreibt Behandlungen. **Die Leistung wird ausschließlich durch das von der Einrichtung vertraglich abgeschlossene „DKV-Netzwerk für Fernmedizin“ (Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln) erbracht.**

## **B**

### **Begrenzungsklausel**

Eine im Versicherungsvertrag getroffene Vereinbarung, die den Umfang der Versicherungsgarantie begrenzt oder diese Garantie aufhebt, wenn ein risikorelevanter Umstand eintritt.

### **Bereits bestehender Gesundheitsstatus (umgangssprachlich: Vorerkrankung)**

Der gesundheitliche Status oder Zustand, der nicht unbedingt pathologisch sein muss (zum Beispiel eine Schwangerschaft), **der vor dem Zeitpunkt einsetzt**, zu dem der oder die Versicherte in den Vertrag aufgenommen wird.

### **Biomaterialien**

Diese natürlichen (biologischer, tierischer oder menschlicher Herkunft) oder künstlichen (durch den Menschen geschaffen) Materialien werden bei der Herstellung von Gerätschaften und von medizinischen Produkten verwendet, die mit biologischen Systemen interagieren, sie kommen in verschiedenen medizinischen Fachgebieten zur Anwendung.

## **C**

### **Chiromassage oder Chiropraktik**

Manipulationen von Wirbelsäule, Weichgewebe und des Muskel-Skelett-Systems, durchgeführt zu therapeutischen Zwecken durch einen darauf spezialisierten Facharzt oder Physiotherapeuten und vorgenommen in einer dafür geeigneten Einrichtung.

### **Chirurgische Prothesen**

Dies sind medizinische Instrumente, die vorübergehend oder dauerhaft eingesetzt werden, ein fehlendes, krankes oder nicht normal funktionierendes Körperorgan ersetzen oder dessen körperliche Funktionsfähigkeit ganz oder teilweise unterstützen.

### **Chirurgischer Eingriff**

Sämtliche Operationen mit einem diagnostischen oder therapeutischen Zweck, vorgenommen mittels

des Einschneidens der Haut oder mittels eines internen Zugangs, vorgenommen von einem Chirurgen oder Operationsteam und wofür normalerweise die Nutzung eines Operationsaals in einem zugelassenen Krankenhaus erforderlich ist.

## **D**

### **DiätassistentIn**

Person mit Diplom oder Universitätsabschluss in Humanernährung und Diätetik.

### **DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen**

Gesamtheit der Fachkräfte und medizinischen Einrichtungen, zusammenfassend auch als Gesundheitsleistungsanbieter bezeichnet, die mit der DKV auf nationaler Ebene (in Spanien) zusammenarbeiten.

## **E**

### **Eigenmittel**

Ärzte, medizinische Fachkräfte, Krankenhäuser und Zentren, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören.

## F

### **Fachabteilung Schmerzereinheit**

Medizinische Fachabteilung, die auf die Behandlung chronischer Schmerzen spezialisiert ist.

### **Fremdmittel**

Ärzte, medizinische Fachkräfte, Krankenhäuser und Zentren, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören.

### **Frühgeburt**

Als Frühgeburt gilt eine Geburt, die nach der zwanzigsten und vor der siebenunddreißigsten Schwangerschaftswoche stattfindet.

**DKV Seguros übernimmt die medizinischen Kosten einer Frühgeburt, wenn die Versicherte vor Aufnahme in die Versicherung noch nicht schwanger war oder aber aufgrund fehlender Anzeichen und/oder Symptome einer Schwangerschaft keine Möglichkeit hatte, dies zu wissen.**

## G

### **Gentherapie**

Das Verfahren, das durch Modifizierung von zellulären Genen die Behandlung von Erbkrankheiten, Krebs, Infektionen und weiteren Erkrankungen ermöglicht.

Eine Gentherapie besteht darin, durch verschiedene Vektoren genetisches Material in eine Zielzelle einzufügen, um so eine therapeutische Wirkung zu erzielen (die Synthese eines Proteins, das von Interesse ist, die Kompensierung eines genetischen Defekts, das Hervorrufen einer Immunantwort gegen einen Tumor oder eine Resistenz gegen eine durch ein Virus entstandene Infektion).

### **Gesundheitsfragebogen**

Fragebogen, der Bestandteil des Vertrages ist und dem Versicherungsnehmer und/oder den zu versichernden Personen von DKV Seguros ausgehändigt wird; er hat zum Ziel, den Gesundheitszustand der zu versichernden Personen zu ermitteln und die Umstände in Erfahrung zu bringen, die möglicherweise Einfluss auf die Risikobewertung beim Abschluss der Versicherung haben können.

## H

### **Honorare für ärztliche und chirurgische Leistungen**

Honorare für medizinisches Fachpersonal, die für chirurgische Eingriffe bzw. stationäre Behandlungen erhoben werden.

Hierzu gehören die Honorare des Chirurgen, seiner Assistenz, des Anästhesisten und der Hebamme

auch alle weiteren, zur Durchführung des Eingriffs oder der medizinischen Versorgung unabdingbar erforderlichen medizinischen Fachkräfte.

## I

### **Immuntherapie oder biologische Therapie**

Die Immuntherapie oder biologische Therapie (manchmal auch Biotherapie genannt oder Therapie zur Modifikation der biologischen Reaktion) basiert darauf, die Fähigkeit des Immunsystems zu modifizieren, stimulieren oder wiederherzustellen um gegen Krebs, Infektionen und andere Krankheiten zu kämpfen. Diese Therapie wird ebenfalls zur Verringerung bestimmter Nebenwirkungen eingesetzt, die einige onkologische Behandlungsarten verursachen können. Die in der antitumoralen Immuntherapie verwendeten Substanzen und Medikamente sind: Unspezifische Immunmodulatoren, Interferone, Interleukine, Wachstumsfaktoren oder Kolonie-Stimulantien, monoklonale Antikörper und antigenspezifische Antitumormittel, Zytokin-Therapien und Impfstoffe.

### **Implantat**

Darunter zu verstehen ist ein medizinisches Instrument, das geschaffen wurde, um mittels einer Operation oder speziellen

Technik vollständig oder teilweise zu diagnostischen, therapeutischen und/ oder ästhetischen Zwecken in den menschlichen Körper eingefügt zu werden und das dazu bestimmt ist, nach Abschluss des Eingriffs dort zu verbleiben.

### **Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT)**

Die IMRT ist eine Weiterentwicklung der 3-D-konformen Bestrahlungstechnik, bei der Bilder verwendet werden, die von einem Computer anhand von Softwareprogrammen mit invertierter Planung geschaffen werden und die die Größe und Form eines Tumors zeigen und mit der die gebündelte Strahlung eines Multileaf-Linearbeschleunigers aus verschiedenen Winkeln und mit unterschiedlicher Intensität auf den Tumor gerichtet wird, wobei konzentriert maximale Intensität auf den Tumor gerichtet wird und die Dosis begrenzt wird, dem benachbarten gesunden Gewebe ausgesetzt ist. Die spanische Bezeichnung lautet »Radioterapia de intensidad modulada«, abgekürzt RIM.

### **In-vitro Fertilisation (IVF)**

Die In-vitro-Fertilisation (IVF) ist eine assistierte Reproduktionstechnik, bei der in einem Labor Eizellen von Spermien befruchtet und die Embryos danach in den Uterus der Patientin platziert werden. Die In-vitro-Befruchtungstechnik besteht aus insgesamt fünf Phasen: Stimulierung der Ovarien, Entnahme der Eizellen aus den

gereiften Eibläschen (Follikelpunktion).  
Befruchtung (einschließlich **der Technik zur spermatischen intracytoplasmatischen Mikroinjektion oder ICSI) Embryonenkultur und Embryotransfer (IVF-ET). mática intracitoplasmática o ICSI)**  
Embryonenkultur und Embryotransfer (IVF-ET).

## K

### **Kardiologische Rehabilitation**

Sämtliche nach einem akuten Myokardinfarkt notwendigen Aktivitäten zur Wiedererlangung einer aus körperlichem Blickwinkel optimalen Funktionsebene.

### **Karenzzeit**

Hierbei handelt es sich um den vertraglich vereinbarten Zeitraum, gerechnet ab dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung, in welchem einige der in den Garantien der Versicherung enthaltenen Deckungsleistungen noch keine Geltung haben. Dieser Zeitraum wird für jede Person, die durch den Vertrag versichert ist, ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Versicherung in Monaten berechnet.

### **Klinische Leitlinie N.I.C.E.**

Das dem britischen Gesundheitsministerium zugehörige National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ist eine 1999

gegründete öffentliche, gemeinnützige Organisation, **zuständig für die Bereitstellung von Informationen und Orientierungshilfen für die im Gesundheitssektor Beschäftigten** zu Prävention und Behandlung von Krankheiten und **es gibt auf der Grundlage der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse Empfehlungen heraus zum therapeutischen Nutzen (Sicherheit und Kosten-Effektivität) bestimmter Gesundheitstechnologien und Medikamente (einschließlich zu Radiopharmazeutika, Antitumortheraeutika und onkologischer Medikamente).**

Die „Clinical Practice Guidelines“ genannten Anwendungsleitlinien des NICE genießen weltweit hohes Ansehen und sind inhaltlich am fortschrittlichsten, weshalb sie als **Leitlinien zur Bewertung der Effizienz onkologischer Strahlentherapien und Chemotherapien ausgewählt wurden**, denn die von diesem Institut herausgegebenen Empfehlungen basieren auf Artikeln, die höchste Evidenz nachweisen und nicht auf Veröffentlichungen von Expertengruppen oder solchen mit anderer Zweckdienlichkeit.

### **Klinische Psychologin, klinischer Psychologe**

Person mit Studium/ Universitätsabschluss in Psychologie, spezialisiert auf klinische Psychologie.



### **Klinische Psychologie**

Spezialität oder Zweig der Psychologie, die sich mit der Behandlung und Rehabilitation von Anomalien und Störungen des menschlichen Verhaltens befasst.

### **Kosten-Nutzen-Analyse**

Diese ermöglicht es, die Kosten für eine oder mehrere medizinische Interventionen in Geldwert ausgedrückt zu vergleichen sowie die daraus resultierenden Lebensjahre in Relation zur zu erzielenden Lebensqualität (QALY), um das gesundheitliche Ergebnis zu messen.

### **Krankenhaus oder Klinik**

Hierunter fallen alle öffentlichen oder privaten Einrichtungen, die eine gesetzliche Zulassung für die Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Unfällen haben und in denen permanent ärztliches Fachpersonal anwesend ist und die über die notwendigen Mittel verfügen, Diagnosen zu stellen und operative Eingriffe vorzunehmen.

### **Krankenversicherung mit Komplettschutz**

Umfasst sämtliche medizinischen Fachgebiete und Gesundheitsleistungen, die in der Versicherung enthalten sind mittels der Module für medizinische Grundversorgung, fachärztliche Versorgung sowie ergänzende Diagnose- und Behandlungsmittel sowie für

Versorgung bei stationärem Aufenthalt und Chirurgie, wenn dies am direkt am Patienten vorgenommen wird.

### **Krankheit oder Verletzung**

Jede Beeinträchtigung oder Störung des Gesundheitszustandes, die während der Laufzeit des Versicherungsvertrags auftritt und die nicht die Folge eines Unfalls ist. Diagnose und Bestätigung sind durch einen Arzt vorzunehmen, der eine rechtsgültige Approbation oder Zulassung in dem Land oder an dem Ort hat, in oder an dem er praktiziert.

### **Künstliche Befruchtung**

Diese assistierte Reproduktionstechnik besteht darin, dass zuvor im Labor vorbereitete Spermienzellen kurz vor dem Eisprung artifiziell in die Gebärmutter der Frau eingebracht werden. Sie besteht aus drei Phasen: Stimulation der Ovarien, Selektion und Spermienkapazitation (schließt **Wiederherstellungstechnik für bewegliche Spermien REM mit ein**) sowie Befruchtung.

### **Kurbad oder Badeort**

Hierbei handelt es sich um eine Einrichtung mit Heil-, Mineral- oder Thermalwasser, dessen Nutzen und therapeutische Wirkung anerkannt wurde und die von Temperatur, Druck, chemischer Zusammensetzung, Radioaktivität, Bakterienflora sowie den gelösten Gasen abhängig ist.

## M

### **Material, biologisches oder synthetisches**

Auch biologische Prothese genannt, die mittels spezieller Technik implantiert, ein Organ oder dessen Funktion ersetzt, regeneriert oder ergänzt.

Hierunter fallen auch Zelltransplantate zu regenerativen Zwecken.

### **Materialien zur Osteosynthese**

Teil oder Element jeglicher Art, das zum Verbinden der beiden Enden eines gebrochenen Knochens oder zur Zusammenfügung zweier Gelenkenden verwendet wird.

### **Medikament**

Verabreichte Substanz oder eine Zusammensetzung von Substanzen, die einer Person zur innerlichen Einnahme oder äußerlichen Anwendung zu therapeutischen Zwecken verabreicht wird. Nicht als Medikamente gelten Nahrungsergänzungsprodukte, Wohlfühlpräparate, dermoästhetische Produkte, kosmetische Produkte, Mineralwässer, Körperpflege- und Hygieneprodukte sowie Badezusätze.

### **Medizinische Fachabteilung**

Ein besonders ausgestatteter Bereich oder eine Abteilung in einem Krankenhaus, in dem auf die Vornahme bestimmter Behandlungen spezialisierte Fachärzte und Pflegepersonal tätig sind.

### **Medizinische Heil- und Hilfsmittel**

Hierzu gehören Elemente, anatomische Teile und Apparaturen, von einem Arzt verschrieben und in einer Apotheke erworben, optische, orthopädische oder vergleichbare Elemente, die bei Behandlung einer Wunde oder Verletzung aufgebracht werden oder mit denen Fehlbildungen des menschlichen Körpers verhindert oder korrigiert werden.

### **Modernste Medizintechnik**

Dies bezieht sich auf neue Anwendungen aus den Bereichen Elektronik, Informatik, Robotik und Biotechnik auf dem Gebiet der Medizin, insbesondere auf Technologien zu Diagnostik und medizinischer Behandlung, bei Operationen und Rehabilitation. Kennzeichnend für diese Techniken sind die hohen Investitionskosten und die Notwendigkeit von im Umgang damit geschultem Fachpersonal; ihr Einsatz unterliegt den Berichten der Agenturen für die Gesundheitstechnologiefolgenabschätzung (AETS), dabei wird überprüft, ob Sicherheit und Wirksamkeit bei den verschiedenen Indikationen in ausreichendem Umfang vorhanden sind, um den Ersatz bereits existierender Techniken durch diese neuen zu rechtfertigen.

## N

### **Neonatologie - Behandlung von Frühgeborenen und kranken Säuglingen**

Jede medizinische oder chirurgische Handlung, die ein Neugeborenes betrifft und die während seiner ersten vier Lebenswochen (28 Tage) in einem Krankenhaus vorgenommen wird.

### **Neurorehabilitation**

Sämtliche spezifischen Physiotherapien (diese werden auch neurologische Physiotherapien genannt), die von einem Neurologen oder Reha-Arzt verschrieben und von einem Physiotherapeuten in einem dafür vorgesehenen Rehabilitationszentrum durchgeführt werden. Diese Therapien haben zum Ziel, so weit wie möglich die normale Bewegungsfreiheit von Patienten wiederherzustellen, die sensomotorische Störungen infolge **schwerer erworbener Hirnschädigung erlitten haben**.

### **Nichtstationäre medizinische Versorgung**

Umfasst die diagnostische und / oder therapeutische medizinische Versorgung auf ambulanter Basis, die direkt am Patienten in Arztpraxen, beim Patienten zu Hause und/oder in einem Krankenhaus oder einer Klinik erbracht wird, üblicherweise ohne Übernachtung und bei der ein Aufenthalt von weniger als 24 Stunden vorgesehen ist (z. B. Box für Notfallpatienten, Tagesklinik, etc.).

Große ambulant durchgeführte Operationen werden von diesem Konzept nicht erfasst.

## O

### **Operationen mit Kurzeitaaufenthalt**

Jeder operative Eingriff, mit dem ein Krankenhausaufenthalt von fünf oder weniger Tagen verbunden ist.

### **Orthopädische Materialien und Orthesen**

Es handelt sich um Sanitätsprodukte zur äußerlichen, entweder vorübergehenden oder dauerhaften Anwendung, die individuell an den Patienten angepasst werden und dafür gedacht sind, die strukturellen oder funktionellen Bedingungen des neuromuskulären Systems oder des Skeletts zu modifizieren; für deren Implementierung ist in keinem Fall ein operativer Eingriff erforderlich.

## P

### **Persönliche Beratung oder Beratung:**

Sie wird in den **Allgemeinen Bedingungen als konventionelle „Beratung“ bezeichnet**. Es handelt sich um eine Sprechstunde als Unterstützung, **die auf der Anwesenheit bzw. der persönlichen Beziehung des Arztes zum Patienten basiert**. Ihr Zweck besteht darin, zum

Erhalt einer Diagnose eine Behandlung durchzuführen und / oder eine Prognose über die Krankheit oder den Gesundheitszustand eines Versicherten zu erstellen. **Die Leistung wird sowohl durch das von der Einrichtung vertraglich abgeschlossene „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ (Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln) als auch mittels Kostenrückerstattung (Modalität Gesundheitsleistungen mit Fremdmitteln) erbracht.**

### **Pflegebedürftigkeit**

Ein dauerhafter Zustand, in dem sich Menschen befinden, die aus verschiedenen Gründen (Alter, Krankheit, Behinderung usw.) die Hilfe einer oder mehrerer anderer Menschen benötigen oder bei der Ausübung der grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens Hilfe benötigen. **Es werden drei Pflegeniveaus unterschieden: 1. Grad I.** Mittlere Abhängigkeit: **2. Grad II.** Schwere Abhängigkeit: **3. Grad III.** Große Abhängigkeit.

### **Phytotherapie**

Ausschließlich bezogen auf Beratungen zur Diagnosestellung, vorgenommen durch einen auf diese Behandlungsart spezialisierten Arzt. Phytotherapeutische Medikamente sind nicht inbegriffen.

### **Postbariatrische rekonstruktive Chirurgie**

Diese besteht aus einer Reihe sequentieller Eingriffe, die innerhalb ein und desselben für den Eingriff festgesetzten Operationszeitraums vorgenommen werden oder aus mehreren zeitlich versetzten Operationen (um das mit der Anästhesie verbundene Risiko zu reduzieren, wenn Begleiterkrankungen vorhanden sind); mit den Eingriffen werden in geordneter Weise die verschiedenen anatomischen Regionen behandelt, die durch den massiven Gewichtsverlust nach einer Operation bei krankhaftem Übergewicht betroffen sind (Morbid Adipositas, mit einem Body-Mass-Index von mehr als 40). Dazu gehören Mastopexie (Ptosis mamaria), plastische Einriffe zur Straffung von Armen und / oder Beinen, Bauchdecke und / oder Bauchnabel-Transposition sowie die Behandlung von damit verbundener Lipodystrophie.

### **Prämie (oder Beitrag)**

Dabei handelt es sich um den Preis der Versicherung. Die Rechnung enthält zudem die Zuschläge und die gesetzlichen Steuern.

### **Prostata-spezifisches Antigen (PSA)**

Bei dem prostata-spezifischen Antigen (PSA) handelt es sich um ein von der Prostata produziertes Protein. Liegt eine Prostata-erkrankung vor, steigt seine Synthese an.

Der Versicherungsantrag und die Gesundheitserklärung gehören ebenfalls zur Police.

### **Psychotherapie**

Therapiemethode, die bei einer Person zur Anwendung kommt, die an einem psychischen Konflikt leidet. Die Therapie erfolgt entweder auf Anweisung oder mit Verschreibung eines Psychiaters oder eines Kinderarztes und basiert auf der Anwesenheit von Therapeut und Patient. **Die Leistung wird sowohl durch das von der Einrichtung vertraglich abgeschlossene „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ (Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln) als auch mittels Kostenrückerstattung (Modalität Gesundheitsleistungen mit Fremdmitteln) erbracht.**

## **R**

### **Radikaloperation oder onkologische Chirurgie**

Operativer Eingriff infolge einer Krebsdiagnose, die Brust oder andere Organe betreffend.

### **Regenerative Medizin**

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

### **Rehabilitation**

Sämtliche körperlichen Therapien, die von einem Traumatologen, Neurologen, Rheumatologen oder Reha-Arzt verschrieben und von einem Physiotherapeuten in einem dafür vorgesehenen Rehabilitationszentrum durchgeführt werden. Diese Therapien gelten der Wiederherstellung der Funktionalität derjenigen Bereiche des Stütz- und Bewegungsapparats, die infolge einer Krankheit oder Unfalls beeinträchtigt werden, die während der Laufzeit der Versicherung eintreten.

### **Roboter- oder computergestützte Chirurgie**

Roboterchirurgie, bildgeführte oder computergestützte Chirurgie wird das Verfahren zur Vornahme chirurgischer Eingriffe genannt, die mithilfe eines ferngesteuerten laparoskopischen Roboters, den Anweisungen eines im OP-Saal befindlichen Chirurgen folgend, durchgeführt werden. Der Eingriff erfolgt durch ein aus der Distanz geführtes virtuelles oder navigationsgestütztes Computersystem mithilfe einer speziellen Software mit 3D-Bildern, die mithilfe eines Computers erhalten werden.

## S

### **Selbstbeteiligung**

Es handelt sich um die im Versicherungsvertrag festgelegte Summe, ab der die Deckung von DKV Seguros greift. erstattet wird ab dem Betrag, der über die Selbstbeteiligung hinausgeht.

### **Stationärer Aufenthalt zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung**

Stationäre Einweisung, die notwendig ist zur medizinischen Versorgung oder Durchführung operativer Eingriffe.

Beinhaltet die während des stationären Aufenthalts anfallenden Kosten, weiter die aus der medizinischen oder operativen Behandlung resultierenden Arzthonorare sowie Aufwendungen für gegebenenfalls erforderliche Prothesen.

### **Stationäre Einweisung und Aufenthalt aus sozialen und/oder familiären Gründen**

Es handelt sich um die Einweisung oder die Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes, die nach Urteil eines Arztes von DKV Seguros nicht auf ein objektives medizinisches Krankheitsgeschehen zurückzuführen ist, sondern die einen sozialen und/oder familiären Hintergrund haben. Diese Fälle werden durch die Versicherung nicht gedeckt.

### **Stationär im Krankenhaus erfolgende medizinische Versorgung**

Mit einer stationär im Krankenhaus direkt am eingewiesenen Patienten durch einen Facharzt und/oder Chirurgen erfolgender medizinischer Versorgung oder Aufenthalt im Krankenhaus, in das der Versicherte zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung für die Dauer von mindestens 24 Stunden stationär aufgenommen wird.

## T

### **Tabelle, Leistungsübersicht zu Deckungen und Höchstgrenzen, den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt.**

Ein schriftliches Dokument, als Anhang den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügt, das gemeinsam mit den Allgemeinen Vertragsbedingungen zum Versicherungsvertrag gehört und das gemeinsam mit diesen ausgehändigt wird; darin werden die Deckungen und die Höchstgrenzen für Erstattungen festgehalten, die für den vom Versicherungsnehmer geschlossenen Vertrag gelten.

### **Telemedizin**

Sie basiert auf der sicheren Übertragung von Daten und medizinischen Informationen durch Text, Ton, Bild oder andere Formen, die für die Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und Überwachung des Patienten erforderlich

sind. Dazu gehören zahlreiche Unterstützungsmodi, u. a. Fernberatung, Ferntherapie, Fernüberwachung, Fernradiologie, Fernpathologie, Ferndermatologie, Fernophthalmologie und Fernchirurgie.

### **Teletherapie**

**Geplante virtuelle Behandlungen, die über das entsprechende „DKV-Netz Fernmedizinischer Gesundheitsleistungen“ ohne persönliche Anwesenheit ausschließlich nach Versicherungsart nach vorheriger Genehmigung durch das Unternehmen über verschiedene Kommunikationswege (Sprache, Text, Videoanruf) ohne Anwesenheit, angeboten werden.** Sie variieren je nach Art der Behandlung.

### **Tomotherapie, ein strahlentherapeutisches Verfahren**

Als Tomotherapie wird ein in Echtzeit bildgeführtes strahlentherapeutisches Verfahren bezeichnet, bei dem im selben Equipment CT und ein binärer Multileaf-Linearbeschleuniger (64 Lamellen) integriert sind. Hierbei handelt es sich um eine weiterentwickelte Form der Strahlentherapie, die es erlaubt, vor der Bestrahlung ein dreidimensionales Bild (3D) vom Tumor zu erhalten und die Strahlung aus vielen verschiedenen Richtungen auf den Tumor zu richten; möglich ist dies, da die Strahlungsquelle des Geräts sich spiralförmig um den Patienten dreht. Die spanische

Bezeichnung lautet »tomoterapia helicoidal«

## **U**

### **Unanfechtbarkeit des Versicherungsvertrags**

In den Versicherungsvertrag aufgenommenem Vorteil, wodurch DKV Seguros die Deckung für jede Vorerkrankung eines Versicherten übernimmt, nachdem ab dem Zeitpunkt seiner Aufnahme in die Versicherung ein Jahr vergangen ist; Voraussetzung dafür ist, dass diese Erkrankung dem Versicherten nicht bekannt war und er diese im Gesundheitsfragebogen nicht absichtlich verschwiegen hat.

### **Unfall**

Jede Art von körperlicher Verletzung, die während der Laufzeit des Vertrags erlitten wird und nachgewiesenermaßen das Ergebnis eines vom Versicherten nicht beabsichtigten, plötzlichen, gewaltsamen, externen Ereignisses ist und das zu zeitlich begrenzter oder dauerhafter Invalidität oder zum Tod führt.

### **Unfruchtbarkeit**

Hierunter zu verstehen ist, wenn bei einem Paar nach 12 Monaten Geschlechtsverkehr ohne Verhütungsmittel keine Schwangerschaft eingetreten ist sowie die Fortpflanzungsunfähigkeit von gleichgeschlechtlichen Paaren.

## V

### **Verkehrsunfall**

Ein Unfall, erlitten durch den Versicherten als Fußgänger, Nutzer eines öffentlichen Verkehrsmittels, Passagier eines Linien- oder Charterflugs, Fahrer eines Autos oder Mitfahrer im Auto, Fahrer eines Fahrrades oder Kleinkraftrades, wenn der Versicherte auf einer öffentlichen oder für die Öffentlichkeit zugelassenen privaten Straße zirkuliert, unabhängig von der Klassifizierung der Straße innerhalb des Straßennetzes.

### **Versicherer**

Versicherungsgesellschaft, die das vertraglich vereinbarte Risiko übernimmt, DKV Seguros y Reaseguros S.A.E.

### **Versicherter**

Die Person, für die der vertraglich vereinbarte Krankenversicherungsschutz gilt.

### **Versicherung Modalität Individual (Einzelversicherung)**

Im Sinne des Vertragsabschlusses wird eine Versicherung als in der Modalität Individual oder Einzelversicherung geschlossen bezeichnet, wenn mindestens eine und maximal neun Personen durch den Vertrag versichert sind und alle, unabhängig vom bestehenden Interesse, versichert zu sein, eine Verbindung haben.

Normalerweise handelt es sich um Familienangehörige ersten Grades (die versicherte Person, der Ehe- oder Lebenspartner und deren noch nicht selbstständige Kinder, die das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht haben und die alle an einem gemeinsamen Familienhaushalt wohnen). Die Versicherung wird in keinem Fall aufgrund obligatorischen Anschlusses (colectivo cerrado/geschlossenes Kollektiv) oder freiwillig (colectivos abiertos/offene oder cofinanciados/kofinanzierte Kollektive) und auch nicht zu bestimmten im Voraus zwischen DKV Seguros und dem Kollektiv vereinbarten Vertragskonditionen geschlossen.

### **Versicherungsantrag oder informativer Vertragsentwurf**

Enthält neben den im Vertragsentwurf enthaltenen Information und der Datenschutzrichtlinie einen von der DKV Seguros herausgegebenen Fragebogen zum Gesundheitszustand, in dem der Versicherungsnehmer das Risiko beschreibt, das er versichern möchte, unter Angabe aller ihm bekannten Umstände, welche die Einschätzung des Risikos beeinflussen könnten. Die Beantwortung der von DKV Seguros gestellten Fragen hat wahrheitsgemäß zu erfolgen.

### **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.

### **Versicherungsvertrag (manchmal auch Police genannt)**

Dabei handelt es sich um eine andere Bezeichnung für den Versicherungsvertrag. Dies ist das Dokument, das die Allgemeinen und die Besonderen Vertragsbedingungen und die Sonderbedingungen sowie Zusatzvereinbarungen oder Nachträge enthält, die dem Vertrag zur Ergänzung oder Modifizierung hinzugefügt werden.

### **Vorbestehende Zustände und Vorerkrankungen**

Als vorbestehender Zustand wird ein Gesundheitszustand (z. B. Schwangerschaft), eine organische Veränderung oder Störung bezeichnet, die bereits vor dem Zeitpunkt des Abschlusses oder des Inkrafttretens der Versicherung bestanden hat, unabhängig davon, ob diese bereits von einem Arzt diagnostiziert worden ist.

## **Z**

### **Zusatzprämie**

Zusätzlicher Beitrag oder ergänzende Prämie, die für die Deckung eines Risikos bezahlt wird, das durch die Allgemeinen Vertragsbedingungen ausgeschlossen wird.

### **Zytostatikum**

Zytotoxisches Medikament, das in der onkologischen Chemotherapie Verwendung findet und die Fähigkeit hat, die Krebsentwicklung zu verlangsamen, in dem es direkt auf die Integrität der DNA-Kette (Deoxyribonucleic Acid) und die Zellmitose einwirkt und so die normale Zellvermehrung hemmt, sowohl die der gesunden als auch die der tumoralen Zellen. Aufgrund ihres Wirkmechanismus gehören zu dieser therapeutischen Untergruppe: Alkylanzien, Antimetabolite, Alkaloide aus Pflanzen sowie andere Naturprodukte, zytotoxische Antibiotika, platinhaltige Verbindungen und solche mit Methylhydrazin.

# 3. Modalität, Umfang und territorialer Geltungsbereich der Versicherung

## 3.1 Gegenstand der Versicherung

Mit dieser Versicherung garantiert der Versicherer, DKV Seguros, in dem durch diese Allgemeinen Vertragsbedingungen, die Besonderen Vertragsbedingungen und die dazugehörige Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die Sonderbedingungen und/ oder im Fragebogen zur Angabe gesundheitlicher Risiken festgelegten Umfang die Deckung der ambulanten medizinischen und chirurgischen Gesundheitsversorgung sowie der Versorgung im Krankenhaus für alle Krankheiten und Verletzungen, deren Fachgebiete durch den Vertrag erfasst werden, und in der Art und Weise, die durch die unter Vertrag genommene Versorgungsmodalität gedeckt wird, nachdem zuvor der dafür zu leistende Versicherungsbeitrag entrichtet wurde.

**Diagnostische und therapeutische Fortschritte, die während der Laufzeit der Versicherung in der Medizin erzielt werden, finden nur dann Aufnahme**

und werden den Deckungsleistungen der Versicherung hinzugefügt, wenn:

- 1. Die Validierungsstudien über deren Sicherheit sowie die Kosten-Nutzen-Bewertung durch einen Bericht der spanischen Agenturen für die Beurteilung von Gesundheitstechnologien, die den regionalen Gesundheitsbehörden oder dem Gesundheitsministerium unterstellt sind, positiv bewertet und genehmigt werden; im Fall von Antitumor- und onkologischen Medikamenten nimmt diese Bewertung das Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) vor.**
2. Sie ausdrücklich dem Abschnitt 4 »Beschreibung der Deckungsleistungen« der Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinzugefügt worden sind.

Bei jeder Erneuerung dieses Versicherungsvertrags nennt DKV Seguros die Techniken und

Behandlungen, die neu berücksichtigt und den Deckungsleistungen für den nächsten Versicherungszeitraum hinzugefügt werden.

### 3.2 Versicherungsmodalität

Die Versicherung DKV Top Health® basiert auf einem gemischten Deckungssystem, bei dem der Versicherte frei wählen kann zwischen:

- > **Landesweitem Zugang (auf Spanien bezogen) zu den Leistungen über die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Ärzte, Fachkräfte und medizinischen Zentren. Hierzu ist es notwendig, dass Sie sich zuerst mit Ihrer DKV MEDICARD® ausweisen und, wenn diese benötigt wird, die entsprechende Autorisierung vorlegen (Versorgungsmodalität Eigenmittel).**
- > Dem Zugang zu Ärzten, Fachkräften und Kliniken seiner Wahl, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören.

In diesem Fall werden die Beträge der vom Versicherten bezahlten Rechnungen von DKV Seguros zu dem Prozentsatz und mit den Obergrenzen erstattet, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen sowie in der den Besonderen Vertragsbedingungen des Vertrags beigefügten Leistungsübersichtstabelle

zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt werden (Versorgungsmodalität Fremdmittel).

**In keinem Fall erstattet DKV Seguros dem Versicherten die Kosten für Rechnungen, die durch Leistungserbringer ausgestellt werden, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen oder dem DKV-Netzwerk für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit angehören.**

Dieses Recht auf freie Arzt- und Klinikwahl befreit DKV Seguros von der direkten, solidarischen oder subsidiären Haftung für Handlungen von Leistungserbringern, über die die Versicherung aufgrund des Berufsgeheimnisses, der Vertraulichkeit von Patientendaten und des Verbotes der Einmischung in die ärztliche Therapiefreiheit keinerlei Kontrolle hat. Medizin ist eine Aktivität der Mittel, nicht der Ergebnisse. Aus diesem Grund kann die DKV nicht garantieren, dass ärztliche Handlungen, die durch die Versicherung gedeckt sind, immer zu einem positiven Ergebnis führen.

Die Modalität der Leistungserbringung gründet auf Artikel 105 Absatz 1 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes Ley de Contrato de Seguro „Bezahlung von Aufwendungen für medizinische Leistungen“, ohne dabei selbst direkt die Leistungen zu erbringen, diese

werden durch medizinische Fachkräfte und qualifizierte Zentren erbracht. Im Fall fehlerhafter medizinischer oder klinischer Praxis verpflichtet sich der Versicherte, Aktionen ausschließlich gegen den Leistungserbringer oder das medizinische Zentrum zu richten, das die Leistung erbracht hat und gegen dessen Haftpflichtversicherer; er verzichtet darauf, Aktionen gegen DKV Seguros zu richten.

### **3.3 Territorialer Geltungsbereich**

In der Versorgungsmodalität Eigenmittel wird die Erbringung der medizinisch-chirurgischen Versorgung und die Versorgung im Krankenhaus in ganz Spanien sichergestellt.

In der Deckungsmodalität Fremdmittel können ambulante und stationäre medizinische und chirurgische Leistungen von nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Fachkräften, Zentren und Kliniken auf der ganzen Welt erbracht werden, sofern sich der ständige Wohnsitz des Versicherten für mindestens sechs Monate (183 Tage) im Jahr in Spanien befindet.

Wird dieser ständige Wohnsitz ins Ausland, also außerhalb des spanischen Staatsgebietes, verlagert, besteht die durch die Versicherung gebotene Deckung nur noch bis zum Ablauf des laufenden Versicherungsjahres.

### **3.4 Zugang zu den Deckungsleistungen**

#### **Besondere Regelungen für die Versorgungsmodalität Eigenmittel Gesundheitsversorgung innerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen:**

**a)** DKV Seguros händigt dem Versicherungsnehmer für alle mitversicherten Personen als Identifikationsmedium gegenüber den Leistungserbringern die nicht übertragbare Versichertenkarte DKV MEDICARD® zur persönlichen Nutzung aus. Weiter erhält er Informationen zum DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen, zu dem auch das DKV-Netzwerk für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit gehört, und in dem alle im Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen, Ärzte und Fachkräfte, Diagnostik-Zentren, Krankenhäuser und Kliniken, Notfalldienste und ergänzende Dienstleistungen unter Angabe der jeweiligen Adressen, Öffnungs- oder Sprechstunden aufgeführt sind.

**b)** Die durch die Versicherung innerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen gedeckten Leistungen können entweder frei zugänglich sein oder aber es kann eine im Voraus einzuholende Autorisierung von DKV Seguros erforderlich sein.

Im Allgemeinen besteht freier Zugang zu Terminen oder Fernberatungen im Bereich der medizinischen Grundversorgung, zu Fachärzten der medizinischen und chirurgischen Fachgebiete, grundlegenden Untersuchungen und Notfallterminen.

Eine Autorisierung ist erforderlich für Krankenseinweisungen, chirurgische Eingriffe, Prothesen und chirurgische Implantate, Psychotherapiesitzungen, Fußchirurgie, Vorsorgeprogramme und Vorsorgeuntersuchungen, Krankenwagenbeförderung, Fernbehandlungen, ärztliche Behandlungen und komplexe Diagnoseuntersuchungen, die "DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen" erläutert werden.

**c)** Für die Zwecke dieser Versicherung gilt der Eintritt eines Versicherungsfalles dann als gemeldet, wenn der Versicherte die Erbringung der Leistung durch Eigenmittel von DKV Seguros oder die Autorisierung dafür beantragt.

**d)** In keinem Fall erstattet DKV Seguros dem Versicherten die Kosten für Rechnungen, die durch Leistungserbringer ausgestellt werden, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören und es werden auch keine Kosten für erbrachte Leistungen übernommen, für die eine Autorisierung erforderlich ist, diese jedoch nicht im Voraus durch die Versicherung erteilt wurde.

**e)** Um dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Leistungserbringern gegenüber nachzuweisen, dass Sie bei DKV versichert sind, muss diesen zur Identifikation die Versichertenkarte DKV MEDICARD® vorgelegt werden.

Sie sind ebenfalls dazu verpflichtet, Ihren Personalausweis bzw. ein anderes offizielles Identifikationsdokument (Reisepass, Aufenthaltsgenehmigung o.ä.) vorzulegen, wenn Sie vom medizinischen Personal oder der Assistenz dazu aufgefordert werden.

DKV Seguros stellt Autorisierungen für den Zugang zu diesen medizinischen Leistungen aufgrund der schriftlichen Verordnung eines Arztes und nach einer entsprechenden administrativen Prüfung aus, es sei denn, es wird festgestellt, dass es sich um eine Leistung handelt, die nicht im Versicherungsumfang enthalten ist.

Um diese Autorisierungen auszustellen, die Versicherungsfälle zu bearbeiten und über zusätzliche Leistungen und/oder Pläne zu Vorsorge und Gesundheitsförderung zu informieren, ist DKV Seguros dazu berechtigt, medizinische Informationen einzuholen, die im Zusammenhang stehen mit den Verschreibungen, auch direkt beim Leistungserbringer und/oder Gesundheitszentrum; die Versicherung ist auch dazu berechtigt,

beim Versicherten einen zusätzlichen Arztbericht anzufordern, aus dem Anamnese, Risikofaktoren, Diagnose und die Notwendigkeit zur Behandlung hervorgehen.

Unbeschadet der in den vorstehenden Absätzen getroffenen Regelungen gilt für Notfälle, dass der Versicherte selbst oder eine andere Person in seinem Namen den Vorfall DKV Seguros in einer Weise mitzuteilen hat, die einen Nachweis erlaubt, und bei der Versicherung die Bestätigung und Autorisierung für die Aufnahme in ein Krankenhaus oder für die erbrachte Versorgungsleistung innerhalb der darauf folgenden 72 Stunden einzuholen hat.

Liegt ein Notfall vor, trägt DKV Seguros so lange die Kosten, bis die Versicherung Zweifel an der Anweisung des Arztes zum Ausdruck bringt oder sie der Meinung ist, dass die Versicherung die vorgenommene ärztliche Handlung oder den Krankenhausaufenthalt nicht deckt.

Unter Notfall wird in diesem Fall diejenige Hilfeleistung (medizinischer oder sanitärer Art) verstanden, die, wenn sie nicht unverzüglich und ohne Aufschub geleistet wird, das Leben des Patienten oder seine körperliche Unversehrtheit gefährden oder seine Gesundheit auf Dauer ernsthaft beeinträchtigen kann.

**f)** Autorisierungen können telefonisch beim DKV Call Center zur Kundenbetreuung angefordert werden, den Sie unter der Nummer 900 814 390 erreichen, oder über unsere Webseite [www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com) oder in jeder der Zweigstellen von DKV Seguros .

**Besondere Regelungen für die Versorgungsmodalität Fremdmittel Gesundheitsversorgung außerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen:**

**a)** Für die Zwecke dieser Versicherung gilt der Eintritt eines Versicherungsfalles dann als gemeldet, wenn der Versicherte die Erstattung der entstandenen Kosten beantragt.

**b)** Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte muss innerhalb einer Frist von vierzehn Tagen die Erstattung der für medizinische Leistungen entstandenen Aufwendungen beantragen, die durch die hier vorliegende Versicherung gedeckt werden. Gleichzeitig sind DKV Seguros die bezahlten Rechnungen einzureichen. Die Rechnungen müssen eine Aufschlüsselung der durch Fremdmittel, also nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer, erbrachten medizinischen Handlungen enthalten. Weiter ist die Verschreibung und sind die medizinischen Berichte einzureichen, in denen Herkunft und Art der Krankheit angegeben werden.

Zur Einreichung dieser Unterlagen stellt DKV Seguros ein Erstattungsformular zur Verfügung; auf der Rückseite dieses Formulars werden die für das Abrechnungsverfahren notwendigen Mindestanforderungen genannt, die die Rechnungen erfüllen müssen, damit eine Erstattung erfolgen kann.

Der Versicherte und seine Angehörigen haben alle Berichte und Nachweise zur Verfügung zu stellen, die DKV Seguros für notwendig erachtet.

Die Nichterfüllung dieser Verpflichtung kann dazu führen, dass das Recht auf Erstattung verweigert wird.

**c)** Die Erstattung der Ausgaben wird wie folgt vorgenommen:

- > Nachdem das Erstattungsformular eingereicht wurde, dem als Nachweis für die erhaltenen Leistungen die Originale der Rechnungen und Berichte beizufügen sind, nimmt DKV die Erstattung der bezahlten Rechnungen vor, und zwar zu dem Prozentsatz und mit den Obergrenzen, die in den Allgemeinen und/oder Besonderen Vertragsbedingungen und der dazugehörigen Tabelle mit der Leistungsübersicht zu Deckungen und Höchstgrenzen festgelegt wurden.
- > Bei DKV Top Health® wird der Gesamtbetrag sowohl der Rechnungen erstattet, die in

Spanien angefallen sind als auch derjenigen, die im Ausland ausgestellt wurden. Ausgenommen hiervon sind Rechnungen für zahnärztliche Leistungen und für Psychotherapie, hier erfolgt die Erstattung gemäß der in der Tabelle mit der Leistungsübersicht zu Deckungen und Höchstgrenzen getroffenen Vereinbarungen; diese Tabelle ist den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt.

Darüber hinaus werden in den Allgemeinen und/oder den Besonderen Vertragsbedingungen Begrenzungen und/oder Eigenbeteiligungen für einige Fachgebiete und/oder konkrete Leistungen festgelegt (siehe Abschnitt 4 »Beschreibung der Deckungen«).

- > Die Zahlung erfolgt durch Überweisung auf das dafür angegebene Konto. Die auf dieses Konto vorgenommene Überweisung ist in vollem Umfang rechtsgültig, wirksam und schuldbeeidend für DKV Seguros .
- > Ist die Rechnungsstellung in einer Fremdwährung erfolgt und durch den Versicherten auch in dieser bezahlt worden, erfolgt die Gutschrift in Spanien in Euro und zu dem Wechselkurs, der an dem Tag der Bezahlung Gültigkeit hatte.

Sollte dieser Wechselkurs nicht zu ermitteln sein, wird der am Ausstellungsdatum der Rechnung oder gegebenenfalls am Tag der Erbringung der Dienstleistung gültige Kurs herangezogen.

> Die für Übersetzungen von Berichten, Rechnungen oder Belegen über Arzthonorare anfallenden Kosten trägt DKV Seguros ausschließlich dann, wenn diese in den Sprachen Englisch, Deutsch, Französisch oder Portugiesisch abgefasst sind.

Sind diese in einer anderen Sprache abgefasst, gehen diese Kosten zulasten des Versicherten.

**d)** In keinem Fall übernimmt oder erstattet DKV Seguros dem Versicherten Kosten für Rechnungen, die durch Krankenhäuser, Gesundheitszentren oder andere Gesundheitseinrichtungen für ärztlich-chirurgische oder im Krankenhaus stationär erbrachte Versorgung ausgestellt werden, die dem nationalen spanischen Gesundheitssystem angehören und/oder die abhängig sind von den Autonomen Regionen, **es sei denn, es liegt ein Notfall vor, dessen Definition, in diesem Dokument festgelegt** wird und sofern eine ausdrückliche Genehmigung von DKV Seguros vorliegt.

Unter Notfall wird in diesem Fall diejenige Hilfeleistung (medizinischer oder sanitärer Art) verstanden, die, wenn sie nicht unverzüglich und ohne Aufschub geleistet wird, das Leben des Patienten oder seine körperliche Unversehrtheit gefährden oder seine Gesundheit auf Dauer ernsthaft beeinträchtigen kann.

### **3.5 Klausel zu Abtretung oder Übergang von Rechten**

Nachdem die Erstattung der Kosten vorgenommen oder die Leistung erbracht wurde, kann DKV Seguros die Rechte und Handlungen ausüben, die dem Versicherten aufgrund des eingetretenen Versicherungsfalls Dritten gegenüber, die dafür verantwortlich sein könnten, sowohl zivil- als auch strafrechtlich zustehen, und zwar bis zur Höchstgrenze der durch die Versicherung geleisteten Kosten.

Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, alle für die Abtretung oder den Übergang von Rechten an DKV Seguros erforderlichen Unterlagen zu unterschreiben.



# 4. Beschreibung der Deckungen

Dieser Vertrag berechtigt zum Zugang zu den folgenden medizinischen Fachgebieten, Gesundheitsversorgungsleistungen und den folgenden weiteren Leistungen:

## 4.1 Medizinische Grundversorgung

**Allgemeinmedizin:** Medizinische Versorgung, ambulant in der Arztpraxis und zu Hause, die Verschreibung elementarer Diagnosemittel.

**Kinder- und Säuglingsheilkunde:** Medizinische Versorgung von Kindern bis zum Alter von 14 Jahren, ambulant in der Arztpraxis und zu Hause, die Verschreibung elementarer Diagnosemittel.

Eingeschlossen sind elementare medizinische Blutuntersuchungen (nicht eingeschlossen hormonale, immunologische und genetische Tests sowie molekularbiologische Tests), Urinuntersuchungen, Ultraschall des Unterleibs und einfache, konventionelle Radiographie (ohne Kontrastmittel).

## **Leistungen der Krankenpflege (Injektionen und Wundversorgung):**

Versorgung durch examinierte Krankenpflegekräfte in der Arztpraxis oder zu Hause, nach vorheriger schriftlicher Anforderung durch den Arzt, der den Versicherten betreut.

## **Verbringung im Krankenwagen:**

Für Fälle mit dringend bestehender Notwendigkeit, umfasst die Beförderung auf dem Landweg von dem Ort aus, an dem die versicherte Person sich befindet bis in das nächstgelegene, der unter Vertrag genommenen Versicherungsmodalität entsprechend zuständige, dem DKKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angeschlossene Krankenhaus, in dem die Behandlung vorgenommen werden kann, und wieder zurück; die Leistung wird beim Eintritt besonderer Umstände körperlichen Unvermögens erbracht, die es dem Patienten unmöglich machen, gewöhnliche Transportmittel zu benutzen (öffentliche Verkehrsmittel, Taxi, privater Pkw).

Eingeschlossen sind Transporte im Inkubator und Verbringungen mit dem Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

In all diesen Fällen ist die von einem Arzt schriftlich erteilte Verordnung erforderlich, begleitet von einem Bericht, aus dem die Notwendigkeit des begleiteten Transports hervorgeht.

## 4.2 Notfälle

### **Medizinische Versorgung zu Hause:**

In Fällen, in denen dies gerechtfertigt ist, und nur in den Ortschaften, in denen DKV Seguros Vereinbarungen zur Erbringung dieser Leistungen getroffen hat, wird dieser Service der medizinischen Versorgung zu Hause erbracht. Hierzu gehören Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde, Krankenpflege und gegebenenfalls Transport im Krankenwagen.

In dringenden Fällen hat der Versicherte einen der im Dauerbetrieb befindlichen Notfalldienste aufzusuchen, die DKV Seguros eingerichtet hat.

**Notfalldienst, ambulant:** Ambulante medizinische Versorgung, die erbracht wird in einem Gesundheitszentrum mit 24-Stunden-Notfalldienst.

**Notfälle, Versorgung in einem Krankenhaus:** Ambulante medizinische Versorgung in dringenden Fällen, die erbracht wird in einem Krankenhaus.

## 4.3 Medizinische und chirurgische Fachgebiete

### **Allergologie und Immunologie:**

Umfasst die Kosten für Impfungen und die Extrakte bei allergenen Prozessen.

### **Anästhesiologie und Reanimation:**

Einschließlich Epiduralanästhesie / Periduralanästhesie.

### **Angiologie und Gefäßchirurgie**

**Verdauungssystem:** Umfasst virtuelle Koloskopie, auch CT-Kolonographie genannt (3D), durchgeführt ausschließlich durch dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer (Eigenmittel).

### **Kardiologie und Kreislaufapparat:**

Umfasst die kardiologische Rehabilitation nach akutem Myokardinfarkt.

### **Kardiovaskuläre Chirurgie**

**Allgemeine Chirurgie und Chirurgie des Verdauungstraktes.** Eingeschlossen ist die Adipositaschirurgie oder bariatrische Chirurgie, bei einem BMI gleich oder größer als 40 (morbid Adipositas).

### **Oral- und Kieferchirurgie**

### **Kinderchirurgie**

**Plastische Chirurgie und Wiederherstellungschirurgie:** Umfasst chirurgische wiederherstellende Eingriffe nach Läsionen, im Wesentlichen durch Plastiken (Formung von Organen und Gewebeteilen) und durch Transplantate.

**Ausgeschlossen ist die plastische Chirurgie zu ästhetischen Zwecken, außer in den folgenden Fällen:**

- 1. Onkoplastische Rekonstruktion der Brust nach radikaler Operation und wenn nötig während desselben chirurgischen Eingriffs eine brustchirurgische OP zur Angleichung der gesunden Brust (Durchführung zeitlich begrenzt auf maximal zwei Jahre nach der onkologischen OP).** Enthalten sind Implantate, Expander und Netze.
- 2. Therapeutische Brustrekonstruktion nach Mastektomie der gesunden kontralateralen Brust bei Frauen, die zuvor wegen Brustkrebs operiert wurden und Trägerinnen von Mutationen der BRCA1- und BRCA2-Gene sind.**
- 3. Brustverkleinerung (Mamoplastie) bei Frauen über 18 Jahre mit Gigantomastie (die einzelne Brust wiegt mehr als 1500 g), bei denen zudem einen Abstand von der Brustwarze zur oberen Sternum-Kerbe von mehr als 32 cm vorhanden ist, die einen Körpermassenindex von**

**kleiner oder gleich 30 aufweisen und bei denen eine Mindest-Entnahme von 1000 g pro Brust erforderlich ist.**

**4. Rekonstruktive post-bariatrische plastische Chirurgie** (Mindestalter über 18 Jahre). **Mit einer Karenzzeit von 36 Monaten.**

Enthalten innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren nach der Intervention und nur, wenn der Eingriff in Spanien in einer dafür geeigneten Einrichtung vorgenommen wird, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört und wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Die bariatrische OP aufgrund morbidier Adipositas (mit einem BMI von mehr als 40) **wurde durch DKV Seguros gedeckt.**
2. Ein massiver Gewichtsverlust (mindestens 40 kg innerhalb eines Jahres) stattgefunden hat.
3. In verschiedenen anatomischen Regionen (Innenseite der Arme, Oberschenkel und Bauchdecke) in bedeutendem Umfang **überschüssige Haut und hängendes Weichgewebe** festzustellen ist, das funktionelle Probleme bereitet.

**Thoraxchirurgie:** Einschließlich Sympathektomie bei Hyperhidrosis (zur Behandlung von übermäßigem Schwitzen).

**Periphere Gefäßchirurgie:** Inbegriffen sind die chirurgischen Techniken und die endovaskuläre Ablation durch Laser oder Radiofrequenz von **Krampfadern des Grades C3 oder höher gemäß der klinischen Einstufung von chronischen Venenerkrankungen (CEAP), außer den unter Abschnitt 5 f aufgeführten Ausnahmen** („Deckungsausschlüsse“) in den Allgemeinen Bedingungen.

#### **Dermatologie, medizinisch-chirurgische Versorgung:**

Eingeschlossen ist die ambulante Phototherapie mit schmalbandiger UV-B-Bestrahlung bei Indikationen, die genannt werden unter Abschnitt 4.5 („Therapeutische Verfahren“) der Allgemeinen Vertragsbedingungen.

#### **Endokrinologie und Ernährung**

#### **Geriatric**

**Gynäkologie:** Eingeschlossen sind Diagnose und Behandlung von Frauenkrankheiten. Deckung besteht für Familienplanung, Laserbehandlungen (CO<sub>2</sub>, Erbium und Diode), Sterilitätsdiagnose und Früherkennung gynäkologischer Krebserkrankungen mittels zwei Screening-Modalitäten, alternativ und untereinander inkompatibel, eine jährliche gynäkologische Untersuchung und die spezifischen in mehrjährigen Abständen durchzuführenden Präventionsprogramme (siehe

Beschreibung Abschnitt 4.7.4. der Allgemeinen Vertragsbedingungen).

**Ebenfalls besteht für Frauen, die zuvor wegen Brustkrebs operiert wurden und Trägerinnen von Mutationen der BRCA1- und BRCA2-Gene sind, Deckung für die Vornahme einer Mastektomie der gesunden kontralateralen Brust als Alternative zur aktiven Überwachung.**

#### **Hämatologie und Hämotherapie**

**Hebammen:** Examierte Pflegekräfte mit einem Abschluss im Fachgebiet Geburtshilfe.

#### **Innere Medizin**

#### **Nuklearmedizin**

#### **Nephrologie**

#### **Neonatologie**

**Atemwegs- und Lungenheilkunde (Pneumologie):** Dazu gehört die **respiratorische Rehabilitation, für Kinder im Alter von unter 10 Jahren mit einer jährlichen Beschränkung auf maximal 10 Sitzungen und für Kinder ab 10 Jahren und für Erwachsene mit maximal 3 Sitzungen pro Jahr**, bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen und bei Folgen von COVID-19. Ebenso ist die Heimtherapie mit CPAP/BiPAP bei schwerem obstruktivem Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom (OSAHS) gedeckt

(Einschlusskriterien unter Abschnitt 4.5 »Therapeutische Verfahren« dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen).

## Neurochirurgie

## Neurologie

**Obstetrik / Geburtshilfe:** Umfasst die Überwachung von Schwangerschaften sowie die Geburtsbegleitung.

Eingeschlossen ist der Triple-Test, auch Serum-Screening oder pränataler Suchtest bezeichnet, ein kombinierter Test, der im ersten Quartal der Schwangerschaft durchgeführt wird, weiter Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie, dabei werden Gewebeproben des Fötus bzw. der Plazenta entnommen und untersucht, um möglicherweise vorliegende Fehlentwicklungen oder chromosomale Besonderheiten des Ungeborenen zu identifizieren. **Der vorgeburtliche genetische Test des mütterlichen Blutes auf Trisomie 21 (Down) 18 (Edwards) und 13 (Patau) wird nur beim Vorliegen einer Risikoschwangerschaft, Mehrfachschwangerschaft sowie bei Vorgeschichte mit wiederholten Fehlgeburten (zwei oder mehr) unbekannter Ursache gedeckt, und dann, wenn der Triple-Test des ersten Schwangerschaftsquartals positiv ausgefallen ist** (mit Risiko einer Anomalie des Fötus von mehr als 1/250).

Außerdem umfasst der Versicherungsschutz die **nicht-invasive Untersuchung der fetalen Lungenreife während der letzten drei Schwangerschaftsmonate** als Ersatz für die Amniozentese. Die Untersuchung hat zum Ziel, Atemwegsprobleme bei Neugeborenen festzustellen und vorzubeugen, sofern aufgrund von Komplikationen ein erhöhtes Risiko auf eine Frühgeburt oder einen Kaiserschnitt vor der 37. Schwangerschaftswoche besteht.

## Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde:

Es sind alle zahnärztlichen Leistungen eingeschlossen, ausgenommen diejenigen, die aus ästhetischen Gründen vorgenommen werden (siehe Abschnitt 4.8 »Besondere Deckungen«).

**Augenheilkunde:** Eingeschlossen sind das Crosslinking, Hornhauttransplantationen, Laserbehandlungen und Operationen bei visuellen Refraktionsdefekten (Myopie, Hyperopie und Astigmatismus) mit Ausnahme von Presbyopie (siehe Abschnitt 4.8 »Besondere Deckungen«).

**Onkologie:** Eingeschlossen ist im Frühstadium von Brustkrebs und ohne Ausdehnung auf die Lymphknoten die intraoperative molekular-diagnostische Analyse der Sentinell-Lymphknoten mittels OSNA-Technik weiter chirurgische Eingriffe zur Verringerung des Brust- und

gynäkologischen Krebsrisikos bei Frauen mit diagnostizierter Mutation in den Genen BRCA1 und BRCA2, mit oder ohne persönliche Krebsvorgeschichte.

**Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Oto-Rhino-Laryngologie):** Eingeschlossen sind Adenotonsilplastik, Operation der Nasenturbinaten oder Turbinoplastik, Ablation bei rhinosinusaler Pathologie mittels Hochfrequenz sowie die Verwendung von Laser im OP.

**Proktologie:** Eingeschlossen ist die Verwendung von chirurgischem Laser zur Behandlung rektaler und hämorrhoidaler Pathologien; **ebenfalls Rehabilitation des Beckenbodens in Fällen von Anismus (Beckenbodendyssynergie) oder analer Inkontinenz**, die nicht auf eine Therapie ansprechen, aufgrund vorheriger Verschreibung durch einen Facharzt für Verdauungskrankheiten **und bis zu der jährlichen Höchstgrenze an Sitzungen pro Versichertem, die in der Tabelle der Deckungen und Deckungsbeschränkungen, die als Anhang den besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist (gezählt wird die gesamte Anzahl der Sitzungen, die sowohl unter Inanspruchnahme von Eigenmitteln als auch von Fremdmitteln durchgeführt wurden).**

**Psychiatrie:** In der Hauptsache neurobiologische Behandlungen.

**Rehabilitation:** Behandlungen, die in einem dafür geeigneten Rehabilitationszentrum, unter der Anleitung eines Facharztes für rehabilitative Medizin, unterstützt durch Physiotherapeuten, durchgeführt werden, um wiederherstellbare Funktionen der Teile des Bewegungsapparates wiederherzustellen, die durch Krankheit oder Unfall verletzt wurden.

**Neurorehabilitation bei erworbenen, schweren Hirnschäden:** spezifische Physiotherapie, **eingeschlossen nur als ambulante Behandlung und bis zu einer Höchstgrenze von 60 Sitzungen während der Versicherungslaufzeit und/oder des Lebens des Versicherten**, vorgenommen in dafür geeigneten Zentren innerhalb Spaniens, die für diesen Zweck geeignete Rehabilitationsleistungen erbringen und ausschließlich zur Behandlung der folgenden klinischen Indikationen: **Schlaganfall, Anoxie oder Hypoxie, Meningitis, Enzephalitis, Kopfverletzungen bei Unfällen, die durch die Versicherung gedeckt sind, Hirntumor Chirurgie und Radiochirurgie zu dessen Entfernung.**

In beiden Fällen gilt als geeignetes und für Rehabilitation spezifiziertes Zentrum, **welches der Wiederherstellung der Gesundheit dient und mittels der erforderlichen behördlichen Genehmigungen im Register der**

**Zentren, Services und medizinischen Einrichtungen der jeweiligen Autonomen Region registriert ist.**

## Rheumatologie

**Traumatologie:** Eingeschlossen sind Arthroskopie, perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse.

**Urologie:** Eingeschlossen ist die Verwendung des chirurgischen Holium-Lasers bei endourologischen Konkrementen, stenotischen und tumoralen Pathologien sowie sogenannte „Greenlightlaser“, Holium-, Tulium-, Dioden-Laser (KTP und HPS) zur operativen Behandlung gutartiger Prostatahyperplasie, vorgenommen in dafür zugelassenen Zentren innerhalb Spaniens. Weiter Beckenbodenrehabilitation bei Harninkontinenz, Vasektomie sowie die Untersuchung und Diagnose der männlichen Sterilität und Unfruchtbarkeit.

### 4.4 Diagnostische Mittel

Diese müssen von einem Arzt unter Angabe der für die Untersuchung notwendigen Gründe verschrieben werden. Eingeschlossen sind die Kontrastmittel bei den unter diesen Abschnitt fallenden diagnostischen Tests, wenn diese für deren Durchführung erforderlich sind.

**Klinische Analysen, pathologische Anatomie und Zytopathologie.**

**Entnahme von Untersuchungsmaterial zur Vornahme von**

**Laboruntersuchungen mittels Hausbesuch:** Eingeschlossen ist die Blutentnahme mittels eines Hausbesuchs beim Versicherten, **jedoch nur durch das DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen (Modalität Eigenmittel), wenn eine vorherige ärztliche Verschreibung und die ebenfalls im Voraus erteilte Autorisierung durch die Versicherung vorliegen, und wenn anhand eines Gutachtens nachgewiesen wird:**

**a) Pflegebedürftigkeitsgrad 3 (schwere Abhängigkeit),** gekennzeichnet durch die absolute Unfähigkeit des Versicherten, seine Wohnung zu verlassen oder

**b) Pflegebedürftigkeitsgrad 2 (schwere Abhängigkeit),** gekennzeichnet durch die Schwierigkeit des Versicherten, seine Wohnung ohne ständige Unterstützung oder Aufsicht eines Dritten zu verlassen. **In diesem Fall wird eine Höchstgrenze von 2 Entnahmen pro Versicherten im Kalenderjahr festgelegt.**

**Radiodiagnostik:** Umfasst komplexe radiologische Diagnosetechniken (mit Kontrast), Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) sowie Knochendensitometrie.

**Diagnostische Darmspiegelungen:**

zur Früherkennung von Verletzungen des oberen Verdauungstraktes (Ösophagoskopie, Gastroskopie und Duodenoskopie) und des unteren (Koloskopie, Sigmoidoskopie und Rektoskopie).

**Kapselendoskopie:** zur Diagnose verborgener Blutungen/Darmblutungen unbekannter Herkunft.

**Therapeutische diagnostische Darmspiegelungen:** inbegriffen sind die Biopsie der Verletzungen und/ oder die chirurgische Behandlung der Pathologie des oberen und unteren Verdauungstrakts.

**Fiberbronchoskopie:** Zu Diagnosestellung und/ oder Behandlung.

**Kardiologische Diagnosestellung:** Elektrokardiogramm, Belastungstests, Echokardiogramm, Holter, Doppler und Hämodynamik.

Eingeschlossen ist ebenfalls die kardiale Mehrschicht Computertomographie (Kardio CT 64) nach akutem Myokardinfarkt und postoperativ bei Herzpathologien, die Herzspektographie **oder Stress-Ruhe-Myokardperfusion SPECT**, einschließlich Radiopharmaka, um die koronare Perfusion bei ischämischer Herzkrankheiten, und allgemeine oder regionale ventrikuläre Funktion bei Herzinsuffizienz und Kardiomyopathien.

Ferner ist inbegriffen die **Herz-Magnetresonananz** zur Beurteilung und Überwachung bei koronarer Arteriopathie, kardialen Valvulopathien, kongenitalen Kardiopathien, nicht-ischämische Kardiomyopathien, Aortenkrankheit, Perikardie und Herztumoren.

**Neurophysiologie:** Elektroenzephalografie, Elektromyographie usw.

**Schlafmedizin, Schlaflabor:** Polysomnographie oder respiratorische Polygraphie bei pathologischen Prozessen, nach vorheriger Anforderung durch einen Facharzt.

**Diagnostische und interventionelle Radiologie, vaskulär und viszeral.**

**Optische Kohärenztomographie (OCT):** in der ophthalmologischen Diagnostik, nach Protokoll allgemein anerkannter klinischer Praxis.

**Hightech-Diagnostetechnik:** Zugang über dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer, in damit ausgestatteten Zentren innerhalb Spaniens.

**a)** Enthalten sind computertomographische Angiographie (CTA) kardiale Mehrschicht-



Magnetresonanztomographie (kardiale MRT) zur **Diagnose zerebraler und abdominaler arterieller und venöser Pathologien der Gefäße, Überwachung und Kontrolle der Integrität von Gefäßprothesen, Bewertung arterieller Dilatationen und Aneurysmen, vaskulärer Malformationen und Koartationen, unabhängig von ihrer Lage.**

b) Magnetresonanztomographie (MR-Arthrographie) **bei osteochondralen und tendinösen Pathologien bei schwieriger Diagnosestellung, Magnetresonanztomographie (MRC) und Magnetresonanztomographie-Cholangiographie (MRCP) zum Ausschluss von Cholelithiasis bei cholezystektomierten Patienten und von onkologischen Pathologien in Gallen- und Pankreasgängen.**

c) Urographie mittels Mehrschicht-Computertomographie (CT-Urographie) der Harnwege (Sammelsystem, Ureter und Blase) **zur Untersuchung angeborener Anomalien, bei Nierenkolik oder Koliken der ableitenden Harnwege, wenn vorherige radiologische Tests nicht konkludent sind, nach radikaler Operation der Harnwege, und wenn eine intravenöse Urographie (IVU) oder Ureterorenoskopie kontraindiziert ist.**

d) Eingeschlossen sind Positronen-Emissions-Tomographie (PET),

einzelnen oder in Kombination mit einer Computertomographie (PET-CT) oder Magnetresonanztomographie (PET-MRT) **bei Krebsprozessen und anderen klinischen Indikationen, für deren Einsatz durch die spanische Arzneimittelbehörde (AEMPS) eine Genehmigung erteilt wurde und die im Datenblatt des Radiopharmakons 18 Fluorodesoxyglucose (18F-FDG) zusammengefasst sind, das dabei gewöhnlich verwendet wird. Darüber hinaus wird ein PET mit Gallium bei gastroentero-pankreatischen neuroendokrinen Tumoren gedeckt.**

e) Die Single-Photon-Emissions-Tomographie (Spektroskopie SPECT), Gammagrafie und Magnetresonanztomographie (MRS) oder NMR-Spektroskopie hoher Auflösung oder Feldstärke (3 Tesla MRT): **Zu onkologischer Diagnostik und/oder bei nicht auf medizinische Behandlung ansprechender Epilepsie, nach Protokollen allgemein anerkannter klinischer Praxis.**

f) Gen- und molekularbiologische Testungen: Diese Tests sind nach ärztlicher Verschreibung gedeckt, **sofern sie Einfluss auf die Behandlung einer akuten Krankheit haben oder zur Erstellung einer Differentialdiagnose erforderlich sind, die gemäß der von den Bewertungsgagenturen (AETS) festgelegten Kriterien nicht anderweitig gegeben werden kann.**

**In dieser Hinsicht gelten als einzige Ausnahmen:**

**1. Die Bestimmung von HLA DQ.2 und DQ8 zur Diagnose von Zöliakie oder Glutenunverträglichkeit ist bei Kindern, die Symptome zeigen und deren serologische Marker Veränderungen aufweisen, bis zum Alter von 16 Jahren gedeckt; ebenfalls für Erwachsene, für die Endoskopie und/oder eine Biopsie des Verdauungstrakts kontraindiziert oder nicht konkludent sind.**

**2. Plattform zur Erstellung eines genomischen Profils anhand prognostisch-prädikativer Marker zu Brustkrebs im Frühstadium, wodurch die Einschätzung des Risikos eines erneuten Auftretens von Brustkrebs und die Notwendigkeit oder Nicht-Notwendigkeit einer Chemotherapie nach einer Operation ermöglicht wird. Diese Tests werden durch die Versicherung gedeckt, wenn folgende Kriterien erfüllt sind (obligatorisch, sämtliche Kriterien müssen erfüllt werden):**

a) **Frau, unter 75 Jahre**, mit infiltrierendem Adenokarzinom der Brust, vor kurzem operiert (seit dem Eingriff sind weniger als 8 Wochen vergangen).

b) **Mit positiven Hormonrezeptoren**

c) **Epidermaler Wachstumsfaktor HER2 negativ (EGF2-Rezeptor)**

d) **Tumor mit einem Durchmesser von mehr als 0,5 cm, im Stadium T1-T2 ohne Lymphknotenbefall oder Fernmetastasen (N0 und M0).** Sind pathologische Lymphknoten vorhanden (N1mic), besteht Deckung, wenn Mikrometastasen (weniger als 2 mm) und nicht mehr als 3 Knoten betroffen sind.

**Die Kosten der Plattform zur Erstellung eines genomischen Profils werden nur dann gedeckt, wenn ein dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörender Leistungserbringer (Eigenmittel) den Test durchführt und nach zuvor erteilter Autorisierung der Versicherung.**

**3. Der Brustkrebs-Gentest (BRCA 1 und 2) bei Frauen mit Brust- oder Eierstockkrebs, deren Familienanamnese zum Verdacht führt, dass es sich um familiären, erblichen Krebs handelt. Durch die Versicherung gedeckt, wenn diese beiden Kriterien erfüllt sind:**

a) Es gibt zwei oder mehr Verwandte 1. und 2. Grades, die von Brust- oder Eierstockkrebs betroffen sind.

b) Einer dieser Verwandten hat Brustkrebs vor dem 50. Lebensjahr oder Eierstockkrebs, unabhängig vom Alter, oder der Brustkrebs ist bilateral.

**g) Endobronchialer Ultraschall (EBUS) zur Diagnose von dem Bronchialbaum benachbarter onkologischer**

**Pathologien** (in der Lunge und Mediastinum), **die mit anderen Methoden nicht zugänglich sind und**, wenn nötig, deren Biopsie.

**h) Die sektorale oder radiale Endoskopie (EUS) des Verdauungstrakts** zur Bewertung submuköser Läsionen, zur **Lokalisierung neuroendokriner Tumore und zur Stadienbestimmung bei Magen-Darm-Krebs sowie Gallen- und Bauchspeicheldrüsen-Krebs**, weiter zur Feststellung extraluminale Rezidive.

**i) Brust-Tomosynthese (3D)** zu Kontrolle und Überwachung fibrozystischer Pathologien und zur onkologischen Frühdiagnose bei dichtem Brustgewebe, wodurch unnötige Biopsien vermieden werden.

**j) CT-Kolonographie oder virtuelle Koloskopie (3D). Ausschließlich gedeckt, wenn durch dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer (Eigenmittel) erbracht**, zur Erkennung von Darmkrebs und entzündlicher Darmerkrankungen bei Risikogruppen gemäß allgemein anerkannter Protokolle.

**k) 3D- und 4D-Ultraschall in der Schwangerschaft**, ermöglicht einen Gesamtüberblick über die Anatomie des Fötus in Echtzeit. Eingeschlossen bei Vorlage der Verschreibung durch

einen Facharzt und **maximal für eine Untersuchung pro Versicherter und Jahr.**

**l) Spektroskopie (SPECT) der zerebralen Perfusion und der präsynaptischen Dopamintransporter (DaTscan). Ausschließlich gedeckt, wenn durch dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer (Eigenmittel) erbracht**, zur Differenzialdiagnose von Parkinson-Krankheit gegenüber anderen Bewegungsstörungen.

**m) MR-Enterographie** zur Diagnose von obstruktiven und entzündlichen Darmerkrankungen oder **CT-Enterographie** bei Blutungen des Dünndarms okkulten Ursprungs.

**n) Multiparameter-Magnetresonanztomographie (mpMRT)** um weitere Indikationen zur Früherkennung des verborgenen Prostatakarzinoms festzustellen bei folgenden Indikationen:

**1) Hohes klinisches Risiko, wenn mindestens zwei dieser Kriterien erfüllt sind:** Ein anhaltend erhöhtes prostataspezifisches Antigen im Blut über mehr als drei Monate (im folgenden PSA) von zwischen 4 bis 10 ng/ml, ein PSA-Wert (frei/insgesamt) von unter 20% und/oder eine verdächtige Prostataoberfläche bei der rektalen Untersuchung durch Abtasten (bewertet werden Größe, Festigkeit,

Konsistenz sowie im Vergleich zu normalen Referenzwerten vorhandene Abweichungen).

**2) Zuvor erfolgte ultraschallgeführte Prostata-Biopsie negativ.**

**3) Feststellung lokaler Ausbreitungsgrad des Prostatakarzinoms.**

**4) Aktive Überwachung oder Planung von Fokaltherapie.**

**5) Rezidivverdacht nach onkologischer Behandlung.**

**o) Magnetresonanz-Elastographie Leber (Fibroscan).** Hiermit kann der Grad der Leberfibrose ohne Biopsie festgestellt werden, sowohl bei Leberzirrhose als auch bei Hepatitis B und C und bei chronischen cholestatischen Erkrankungen.  
**Maximal eine Exploration pro Versicherungsnehmer und Jahr.**

**Ausgeschlossen bei alkoholbedingten Lebererkrankungen und beim metabolischen Syndrom (alkoholfreie Lebersteatose).**

**p) Mehrfachpanel mit Allergen-Microarray** bei Polysensibilität auf Panallergene mit Verdacht auf Kreuzreaktivität, anaphylaktischen Reaktionen aufgrund von Nahrungsaufnahme und nach

unbefriedigendem Ansprechen auf eine Immuntherapie, gedeckt wenn Verschreibung durch den Allergologen erfolgt.

**Ausgeschlossen sind Tests auf Lebensmittelunverträglichkeiten.**

#### **4.5 Therapeutische Verfahren**

**Aerosoltherapie, Sauerstofftherapie und Beatmungstherapie** bei Lungen- oder Atemwegserkrankungen, vorgenommen entweder im Krankenhaus oder zu Hause.

Die Medikamente sind in allen Fällen enthalten.

**Analgesie und Schmerzbehandlung:** Behandlungen sind gedeckt, wenn diese in auf diese Techniken spezialisierten Einheiten vorgenommen werden, einschließlich der Medikamente.

**UVB-Schmalband-Lichttherapie (UVB-BE):** In dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angeschlossenen Fachzentren, zur Behandlung von **ausgedehnter Psoriasis** (mehr als 20% der Körperoberfläche betroffen) und bei **idiopathischen, prurignösen, entzündlichen chronischen Dermatosen mit großer Ausdehnung** (Rumpf und Extremitäten), **wenn eine pharmakologische Behandlung nicht wirksam war. Gedeckt wird eine Höchstzahl von Sitzungen pro**

**Versichertem und Jahr (Summe der durch Inanspruchnahme von Eigenmitteln und Fremdmitteln durchgeführten Sitzungen), diese wird in der Tabelle mit der Leistungsübersicht zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt, die als Anhang den Besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist.**

**Atemtherapie zu Hause, bei schwerem obstruktivem Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom (OSAHS):** Unter Verwendung mechanischer Geräte, die Druckluft (CPAP oder BiPAP) in den oberen Atemwegen erzeugen, **bis zu einer Höchstgrenze von zwanzig Sitzungen pro versicherter Person und Jahr, wenn der Apnoe-Hypopnoe-Index pro Stunde (AHI) größer als 30 ist.** Eingeschlossen ist die respiratorische Polygraphie zur Dosisstratifikation, um das Gerät anzupassen und das geeignete Behandlungsniveau zu erreichen.

**Strahlentherapie:** Umfasst lineare Elektronenbeschleuniger, Kobalt-Therapie, intrakranielle stereotaktische Radioneurochirurgie, intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) und **radioaktive Isotope, deren diagnostischer oder therapeutischer Nutzen durch die EMA (European Medicines Agency) und den klinischen Leitfaden NICE bestätigt wurde.**

Ebenfalls gedeckt wird die über dreidimensionale Bilder geführte

Strahlentherapie in Echtzeit (IGRT) sowie die helikoidale Strahlentherapie (Tomotherapie) **bei pädiatrischen Tumoren, lokalisierten Prostata-Tumoren, Tumoren an Lunge, Wirbelsäule, Kopf und Hals.**

Umfasst die neueste Generation externer, an die Atembewegungen adaptierter Strahlungstherapien, um die benachbarten, gesunden Organe zu schützen (RT-4 / RT-6D):

**1. Intrakranielle fraktionierte stereotaktische Strahlentherapie (TTEF)** bei Tumoren des Rhinopharynx und solchen, die sich in der Nähe von Nervenstrukturen befinden.

**2. Volumen-intensitätsmodulierte Arc-Therapie (VMAT)** bei Brust- und Bauchtumoren.

**3. Fraktionierte stereotaktische extrakranielle oder korporale Strahlentherapie (SBRT-Therapie) und bildgeführte Volumen-intensitätsmodulierte Arc-Therapie (VMAT-IGRT)** bei Tumoren oder Metastasen, die aufgrund ihrer Lage nicht entfernt werden können (solitäre pulmonale Knötchen oder Lungenkrebs mit nichtkleinen Zellen in lokalisiertem Stadium, Karzinome und Metastasen in Leber, Lunge, Wirbelsäule, Nebennieren sowie inoperable primäre Bauchspeicheldrüsen-Tumore).

**Brachytherapie:** Zur Behandlung von Prostata-, Genital-, Brust-, und gynäkologischem Krebs.

**Dialyse und Hämodialyse:** Diese Leistung wird sowohl ambulant als auch stationär zur Behandlung von Niereninsuffizienz bereitgestellt.

**Unterdruck- oder Vakuumdrucktherapie (V.A.C.) oder Topische Negative Drucktherapie (T.N.P.). Gedeckt nur im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes zur Abheilung torpider Wunden oder chronischer Geschwüre** (venöse, arterielle und neuropathische), die auf eine medizinische oder chirurgische Behandlung nicht ansprechen und **während eines stationären Krankenhausaufenthaltes nach 6 Wochen Behandlung noch nicht abgeheilt sind oder sich über einen Zeitraum von einem Monat bei herkömmlicher Behandlung nicht um mindestens 50 % verkleinert haben.**

**Podologie:** umfasst Fußchirurgie und Operationen für einen eingewachsenen Nagel und Plantarpapillome **mit einer Wartezeit von sechs Monaten.**

**Transplantationen:** Eingeschlossen sind Transplantationen aller Arten von Organen (siehe Abschnitt 4.8 »Besondere Deckungen«).

**Transplantate:** Eingeschlossen sind Transplantate von Haut und Knochen autologer Herkunft sowie von Knochen, Sehnen, Bändern allogener Herkunft, die aus Knochen- und Gewebebanken stammen.

**Transfusion von Blut und/oder Plasma** im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts.

**Therapie mit thrombozytenreichem Plasma oder thrombozytenreichen Wachstumsfaktoren (PRGF)** bei Eingriffen zum Gelenkersatz (Arthroplastik) und bei der chirurgischen Behandlung von Frakturen, die nicht heilen (Pseudarthrose).

**Physiotherapie:** Physiotherapeutische Behandlungen sind vorzunehmen von dafür ausgebildeten Fachkräften in dafür geeigneten und vorgesehenen Rehabilitationszentren, die den unter Abschnitt 4.3 in Bezug auf Rehabilitationszentren und neurologischen Rehabilitationszentren genannten Anforderungen entsprechen. Sie dient der Wiederherstellung der wiederherstellbaren Funktionen des Stütz- und Bewegungsapparates. Notwendig ist eine schriftliche Verordnung, ausgestellt durch einen Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, für Traumatologie, Rheumatologie oder Neurologie. Die klinischen Indikationen, die unter Abschnitt 4.3

aufgeführt sind, erfordern die Verordnung eines Neurologen (Abschnitt»Neurorehabilitation bei erworbenen, schweren Hirnschäden«).

Ebenfalls ist in der Versicherung inbegriffen die Physiotherapie beim Versicherten zu Hause, begrenzt auf maximal 20 Sitzungen pro Kalenderjahr nach einem Krankenhausaufenthalt (von mehr als 24 Stunden), ausschließlich beim „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ (Modalität Eigenmitteln) und wenn zuvor eine Verschreibung durch einen der im vorstehenden Absatz genannten Fachärzte erfolgt und die Versicherung die Autorisierung erteilt hat und wenn dies durch ein ärztliches Gutachten nachgewiesen wurde:

**a) Pflegebedürftigkeitsgrad 3 (große Abhängigkeit)** mit der absoluten Unfähigkeit des Versicherten, seine Wohnung zu verlassen oder

**b) Pflegebedürftigkeitsgrad 2 (schwere Abhängigkeit)** mit der Schwierigkeit des Versicherten, seine Wohnung ohne ständige Unterstützung oder Aufsicht eines Dritten zu verlassen. Eingeschlossen ist die

**Lasertherapie** als Rehabilitationstechnik.

**Lithotripsie Niere oder Galle durch extrakorporale Stoßwellen**

**Muskel-Skelett-Lithotripsie: Bis zur einer Höchstgrenze von Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr, die in der Tabelle zur Leistungsübersicht zu Deckungen und Höchstgrenzen festgelegt wurde, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist (Anzahl der durch Eigenmittel und Fremdmittel insgesamt in Anspruch genommenen Sitzungen).** Eingeschlossen sind Pseudarthrose (verzögerte Frakturheilung), Osteonekrose (Knocheninfarkt) und chronische Sehnenentzündung aufgrund Insertion (mehr als 3 Monate Dauer) des Schulter-, des Ellenbogengelenks, der Kniescheibe, der Ferse und Sohle, wenn eine medizinische oder rehabilitative Behandlung erfolglos war.

**Therapeutische Hochtechnologie:**

Zugang über dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer, in damit ausgestatteten Zentren innerhalb Spaniens.

**a) Radiofrequenz-Ablation in der Kardiologie, geführt durch Navigationssystem oder Carto Mapping (3D) oder elektroanatomisches nicht-fluoroskopisches Vorhof-Mapping, bei folgenden Indikationen:**

- > Umlaufende Isolierung der Lungenvenen bei hochsymptomatischem

**paroxysmalem Vorhofflimmern (mit drei oder mehr Episoden pro Jahr), wenn der Versicherte jünger als 70 Jahre ist.**

- > **Persistentes Vorhofflimmern (länger als ein Jahr), durch Antiarrhythmika nicht beeinflussbar (2 oder mehrere, Amiodaron eingeschlossen) sofern keine Komorbidität vorliegt (z. B. arterielle Hypertonie, Schlafapnoe-Syndrom) und sofern der linke Vorhof kleiner als 5 Zentimeter ist.**
- > **Atriale oder ventrikuläre Arrhythmien im Zusammenhang mit angeborenen Herzerkrankungen**
- > **Bei komplexen aurikulären Arrhythmien, ohne strukturelle Kardiopathie, wenn mindestens zwei zuvor mit konventionellen radiologischen Systemen geführte Ablationen nicht wirksam waren.**

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

**c) Durch 3D-Neuronavigation assistierte Operation, intrakraniell**

**und bei Rückenmarkstumor.**

Computerisiertes System für Echtzeit-Bilddigitalisierung, zur Führung des Chirurgen bei komplexen neurologischen oder mit hohem Risiko verbundenen Interventionen.

**d) Roboterassistierte, laparoskopische radikale Prostatektomie bei organbegrenztem Prostatakrebs:**

Eingeschlossen mittels laparoskopischer Chirurgie, durchgeführt mit dem roboterassistierten Da-Vinci-Operationssystem, **unter Berücksichtigung der Einschluss- und/oder Ausschlusskriterien, die anhand von Empfehlungen von den spanischen Agenturen zur Beurteilung von Gesundheitstechnologien »Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias (AETS)«** herausgegeben werden.

**d.1) Einschlusskriterien sind:**

- > **Bei Patienten mit diagnostiziertem, lokalisiertem Prostata-Adenokarzinom, mit einem PSA von 15 ng/ml oder darunter**
- > **Bei einer Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren**
- > **Transrektaler Ultraschall der Prostata ohne Anzeichen einer extrakapsulären Beteiligung und ebensowenig der Bläschendrüse (Stadium T1-T2)**



- > Ohne lymphatische Invasion und ohne Metastasen (N0 und M0)
- > Narkose-Risikogruppe ASA I oder II

**d.2) Ausschlusskriterien sind:**

- > PSA über 15 ng/ml
- > Extrakapsuläre Beteiligung, lymphatische Invasion oder Metastasierung
- > Narkose-Risikogruppe ASA über II (schwere Gerinnungsstörungen, schwere Atemstörungen, schweres Glaukom, früherer Herzinfarkt)
- > Vorherige onkologische Abdominalchirurgie

**e) System zum intraoperativen neurophysiologischen Monitoring (MNIO) des Nervensystems bei intrakranialen Eingriffen, bei Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsen-Operationen und Operationen zu Fusion oder Arthrodesen von zwei oder mehr Zwischenwirbelräumen der Wirbelsäule.** Überwachungssystem, verbessert die operative Sicherheit des Patienten und erleichtert die Arbeit des Neurochirurgen. Damit Deckung durch die Versicherung gegeben ist, ist die schriftliche Verschreibung eines Arztes erforderlich.

**f) Kognitive Prostata-Biopsie durch multiparametrische funktionelle Magnetresonanztomographie (RMMP):** zur Früherkennung des verborgenen Prostatakarzinoms (nicht über die aktuellen Immunoanalysen nachweisbar) in Fällen von hohem klinischen Verdacht **mit anhaltend erhöhtem PSA (mehr als drei Monate) und zuvor durchgeführten, negativen ultraschall-geführten Prostata-Biopsien.**

**g) Moderne operative Endoskopie der Verdauungsorgane:** Eingeschlossen sind zwei minimalinvasive Techniken, nach allgemein anerkannten Protokollen:

**g.1) Endoskopische Mukosa Resektion (EMR) oder Mukosektomie:** Zur Durchführung von umfassenden diagnostischen Biopsien und zur lokalen Behandlung von **prämaligen oder malignen oberflächlichen Läsionen** (Barrett-Ösophagus und hochgradige Dysplasie) **im Frühstadium** im oberen Verdauungstrakt (**begrenzt auf die Magenschleimhaut und mit einem Durchmesser von 2 cm oder kleiner**).

**g.2) Endoskopische Submukosadissektion (ESD):** Ermöglicht die vollständige oder in Blöcken erfolgende operative Entfernung **von oberflächlichen oder ulzerierten bösartigen Tumoren im gesamten Verdauungstrakt, die größer als 2 cm sind.** Diese Operation ist angezeigt, wenn

aufgrund der Merkmale der malignen Läsion keine anderen Techniken angewendet werden sollten und die Wahrscheinlichkeit von assoziierten regionalen Lymphmetastasen minimal ist.

#### **Einschlusskriterien für die endoskopische Submukosadisektion:**

- 1) Gut differenziertes flaches, oberflächliches Adenokarzinom ohne Ulzeration, jegliche Größe, auch größer als 5 cm.
- 2) Gut differenziertes Adenokarzinom mit Ulzeration, mit einem Durchmesser von weniger als 3 cm.
- 3) Gering differenziertes Adenokarzinom und/oder Siegelringzell-Karzinom des Magens im Frühstadium, kleiner als 2 cm.
- 4) Gut differenziertes Adenokarzinom mit oberflächlicher submukosaler Invasionstiefe ohne lymphovaskuläre Beteiligung.

**h) Transperineale Prostatabiopsie durch Bildfusion von multiparametrischer Magnetresonanztomographie (RMNmp) und transrektalem Echtzeit-Ultraschall (ERT):** Aufnahme in den Deckungsumfang zur Früherkennung von okkultem Prostatakrebs, **wenn die Erhöhung des prostataspezifischen Antigens** (PSA zwischen 4-10 ng / ml) länger als drei Monate anhält mit einem PSA-Verhältnis (frei / gesamt) von weniger als 20% (0,2) **und negativen**

**Ergebnis einer zuvor vorgenommenen ultraschallgeführten Biopsie.**

**i) Moderne laparoskopischer Chirurgie, durchgeführt mit dem roboterassistierten Da-Vinci-Operationssystem, ebenfalls versichert bei den drei nachstehend aufgeführten chirurgischen Indikationen, sofern die Einschlusskriterien für diese Art von Operation erfüllt sind und keines der folgenden Ausschlusskriterien vorliegt:**

**1. Nierenteilresektion oder partielle Nephrektomie bei Nierenkrebs.**

**a) Einschlusskriterien:**

1. Alter: Älter als 18 Jahre und jünger als 70 Jahre
2. Narkose-Risikogruppe ASA I/II
3. Überwiegend exophytischer Tumor (nach außen wachsend) **kleiner als 4 cm** (Druckschnitt an der weitesten Stelle).

**4. Tumor kleiner als 4 cm bei Monorenen** (Patienten mit nur einer Niere).

**b) Ausschlusskriterien:**

- > Narkose-Risikogruppe ASA III (schwere Gerinnungsstörungen, schwere Atemstörungen, schweres Glaukom, früherer Herzinfarkt ...) oder darüberliegend

- > Bereits früher erfolgte Nierenoperationen
- > Unfähigkeit, Pneumoperitoneum zu ertragen
- > Thrombose der Vena renalis
- > Mehrere Tumoren.

## 2. Totale Hysterektomie aufgrund lokalisierter Endometriumtumoren.

### - Ausschlusskriterien:

- > Narkose-Risikogruppe ASA III oder darüber liegend

## 3. Operation von lokalisierten kolorektalen Tumoren

### - Ausschlusskriterien:

- > Narkose-Risikogruppe ASA III oder darüber liegend

Ohne Deckungseinschränkung innerhalb des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen (Deckungsmodalität Eigenmittel), nach vorheriger Autorisierung durch DKV Seguros und, wenn der Versicherte Leistungserbringer in Anspruch nimmt, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören (Deckungsmodalität Fremdmittel) einer Erstattungshöchstgrenze der Ausgaben

pro Versichertem und Jahr, die in der Tabelle der Leistungsübersicht zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist, genannt wird. Für diese maximale Höchstgrenze werden alle durch die Operation verursachten Kosten berücksichtigt: Die Gebühren von Ärzten, Assistenten, Anästhesisten und allen anderen Fachkräften, die die Intervention unterstützen, dazu die Kosten für die Verwendung des Robotersystems, das zugehörige chirurgische Material und die Kosten für den OP-bedingten Krankenhausaufenthalt (siehe Art. 4.6 Versorgung im Krankenhaus).

j) Minimalinvasive perkutane Klappenersatzoperation mittels einer Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI) bei schwerer symptomatischer Aortenstenose mit hohem chirurgischem Risiko. Gedeckt nur innerhalb Spaniens und in Referenzzentren, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen (Versorgungsmodalität Eigenmittel) angehören, nach zuvor erfolgter Autorisierung durch die Versicherung und sofern die folgenden klinischen Einschlusskriterien erfüllt sind:

1. Aortenring zwischen 20 mm und 27 mm
2. Auswurfraction größer oder gleich 20 % (keine kontraktile Reserve).

**3. Bei einer Lebenserwartung von mehr als einem Jahr**

**4. Bei hohem Operationsrisiko: Aufgrund fortgeschrittenen Alters  $\geq 80$  Jahre oder aufgrund von im Zusammenhang stehender schwerwiegender Krankheiten (krankhafte Fettleibigkeit, fortgeschrittene Zirrhose, Immundefizienz, Koronarbypass, bereits früher erfolgte Herzoperation, schwere obstruktive ventilatorischer Insuffizienz).**

**5. Eine konventionelle Klappenersatzoperation kontraindiziert ist (aufgrund Porzellanaorta oder Brustdeformität)**

**Logopädie und Phoniatrie:**

Eingeschlossen, mit Verschreibung durch einen HNO-Arzt, ist die Stimmtherapie zur Behebung von Veränderungen der Stimme, die infolge organisch bedingter Ursachen (infektiöse, traumatische und onkologische Pathologien) der Stimmbänder eingetreten sind.

**Logopädische Sprecherziehung:**

Gedeckt ist **die Aussprache- und Sprachtherapie bei Sprachbehinderungen** (Artikulation, Redegewandtheit, atypische Deglutition oder orale Dysphagie) **sowie Spracherziehung bei Kindern** (rezeptiv und expressiv), **mit einer jährlichen Höchstanzahl von 20 Sitzungen je**

**Versichertem und bei Rehabilitation bei Sprachveränderung oder -verlust bei Erwachsenen nach einer akuten Hirnblutung (Schlaganfall) bis zu 20 Sitzungen pro Jahr je Versichertem.**

Außerdem existiert eine Erstattungshöchstgrenze pro logopädischer Therapiesitzung, wenn der Versicherte auf Ärzte und Zentren zugreift, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören und eine Sitzungsobergrenze pro Versichertem und Kalenderjahr (Summe der durch Inanspruchnahme von Eigen- und Fremdmitteln entstandenen Kosten) für jede der vorgenannten Indikationen. **Beide Höchstgrenzen werden in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt.**

**Onkologische Chemotherapie:**

Bereitgestellt werden die Anti-Tumor-Behandlungen, die der Erkrankte benötigt und gegebenenfalls die Port-Implantation zur intravenösen Perfusion; dies gilt für ambulant, in einer Tagesklinik und auch während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführte Behandlungen, vorausgesetzt, diese wurde durch einen Arzt des dafür zuständigen Fachgebietes verschrieben.

Was die Arzneimittel angeht, so deckt DKV Seguros die **Kosten der Zytostatika**, die auf dem spanischen Markt verabreicht werden, sofern sie vom spanischen Gesundheitsministerium zugelassen wurden, weiter die **Kosten für endovesikale Behandlungen (Instillationen), Immuntherapien und Arzneimittel der Palliativmedizin** ohne Antitumorwirkung, die simultan in derselben Behandlungssitzung mit den Zytostatika verabreicht werden, um deren nachteilige oder sekundäre Wirkung zu vermeiden und/oder die Symptome der Krankheit zu kontrollieren.

#### 4.6 Medizinische Versorgung, stationär im Krankenhaus

Stationäre medizinische Versorgung wird erbracht in Kliniken und Krankenhäusern, es ist die schriftlich erfolgte Verschreibung eines Arztes erforderlich sowie innerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen die entsprechende Autorisierung vonseiten der Versicherung.

Dies umfasst die Kosten des Krankenhausaufenthaltes sowie die infolge der durchgeführten Behandlungen fälligen medizinischen und chirurgischen Honorare.

**Darüber hinaus sind folgende Leistungen ausdrücklich eingeschlossen:**

- > Onkologische Behandlungen: Strahlentherapie, Brachytherapie und Chemotherapie
- > Therapie mit thrombozytenreichem Plasma, bei dem die enthaltenen Thrombozyten nach Aktivierung eine Vielzahl von Wachstumsfaktoren produzieren: Bei Eingriffen zu Gelenkersatz und der chirurgischen Behandlung nichtheilender Frakturen (Pseudarthrose).
- > Bei vakuumunterstützter Verschlusstherapie (VAC) oder Therapie mit topischem Unterdruck (PNT) bei Indikationen und **mit den Beschränkungen, die genannt werden in Abschnitt 4.5 „Therapeutische Verfahren“**.
- > OSNA (One Step Nucleic Acid Amplification) Technik bzw. Verfahren: Intraoperative molekulare Analyse der Lymphknoten. Eingeschlossen bei Brustkrebs im Frühstadium ohne Lymphknotenbeteiligung.
- > Lithotripsie in Niere und Gallenblase und des Muskel-Skelett-Systems
- > Dialyse und Hämodialyse
- > Operationen der Gruppen II bis VIII gemäß Einteilung der spanischen Ärztekammer Organización Médica Colegial (OMC), ausschließlich bei Vornahme in einem Krankenhaus.

- > Größere ambulante Operationen, therapeutische Endoskopien des Verdauungstraktes und diagnostische und / oder therapeutische Fibrobronchoskopien
- > Interventionelle bzw. invasive vaskuläre und viszerale Radiologie
- > Techniken zur Familienplanung: Tubenligatur und Vasektomie
- > Intrakranielle Radiochirurgie (stereotaktische Bestrahlung) in der Neurochirurgie
- > Arthroskopische Chirurgie, moderne endoskopische Chirurgie des Verdauungstraktes (Mukosektomie und endoskopische Submukosadisektion)
- > Adenotonsilplastik, Operation der Nasenmuscheln oder Turbinoplastik und Radiofrequenz-Ablation bei rhinosinusaler Pathologie
- > Einsatz von chirurgischem Laser in Gynäkologie, Ophthalmologie, Proktologie, peripherer Gefäßchirurgie und im HNO-Bereich
- > Endourologischer Holmium-Laser, GreenLight Laser (HPS und KTP), Dioden-, Holmium- oder Tulium-Laser, zur chirurgischen Behandlung der gutartigen Prostatahyperplasie

- > Perkutane Nukleotomie und Chemonukleose
- > Therapeutische Hochtechnologie (**Einzelheiten zu den von der Versicherung gedeckten Behandlungen siehe Abschnitt 4.5 »Therapeutische Verfahren«**)
- > Chirurgische Prothesen
- > Zahlung eines Tagegeldes bei stationärem Krankenhausaufenthalt

Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist die Benutzung eines Standardeinzelzimmers mit Sanitärzelle und Bett für eine Begleitperson (außer bei stationär erfolgreicher psychiatrischer Behandlung, bei Behandlungen auf der Intensivstation, bei Frühgeborenen, die in einem Inkubator versorgt werden). Weiter Aufwendungen zur Verpflegung des Patienten, allgemeine Krankenhauskosten für Pflege, Aufwendungen einer Spezialstation, ergänzende diagnostische Verfahren, Behandlungen, Materialien, Kosten der Nutzung des OP-Saals, des Kreissaals, Anästhesiemittel, Medikamente und Implantate aus biologischen Materialien und/oder Biomaterialien zu therapeutischen Zwecken, wie sie in Abschnitt 4.7 »Chirurgische Prothesen« der Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt werden. **Ausdrücklich ausgeschlossen sind die Behandlungen, die in Abschnitt 5 »Ausgeschlossene Deckungsleistungen« genannt werden.**

**In diesem Bereich, je nach Dauer des Krankenhausaufenthalts, gilt bezüglich der Erstattung der bei Inanspruchnahme von Fremdmitteln entstandenen Kosten und ausschließlich bezogen auf die maximale Obergrenze pro Tag bei Krankenhausaufenthalten, folgendes:**

**a) Stationäre Kurzaufenthalte allgemeiner Art im Krankenhaus:**

Sind Krankenhauseinweisungen und -aufenthalte aus irgendeinem Grund und mit **einer Dauer von weniger oder höchstens fünf Tagen.**

**b) Stationäre Langzeitaufenthalte allgemeiner Art im Krankenhaus:**

Sind Krankenhauseinweisungen und -aufenthalte aus irgendeinem Grund **und mit einer Dauer von mindestens oder mehr als sechs Tagen (ausgenommen stationärer Aufenthalt auf der Intensivstation).**

**c) Krankenhaus, stationärer Aufenthalt auf der Intensivstation:**

Sind Krankenhauseinweisungen und -aufenthalte aus irgendeinem Grund auf besonderen Stationen, die auf intensivmedizinische Behandlungen spezialisiert sind.

**Weiter wird je nach dem Grund der Behandlung und/oder der Art der geleisteten stationären Behandlung unterschieden zwischen:**

**1. Krankenhausaufenthalt zur medizinischen Versorgung** (ohne chirurgischen Eingriff).

Hierzu gehören die verschiedenen medizinischen Fachgebiete zu Diagnosestellung und/oder Behandlung von Krankheitsbildern, für die eine stationäre Aufnahme erforderlich ist, und bezogen auf Patienten, die älter als 14 Jahre sind.

**2. Krankenhausaufenthalt zur Vornahme eines chirurgischen Eingriffs.** Versichert sind alle chirurgischen Fachgebiete; zur

Behandlung von Pathologien, für die ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist, einschließlich der voroperativen und voranästhetischen Untersuchungen (Beratung, Blutuntersuchung und EKG), unmittelbar nachoperative Visiten, Heilmaßnahmen und Wundversorgung (bis zu zwei Monate nach dem chirurgischen Eingriff), ambulant durchgeführte große Operationen und gegebenenfalls erforderliche Prothesen.

Bei dieser Art des Krankenhausaufenthalts gelten als Operation mit Kurzaufenthalt alle Einweisungen, die einen gewissen im Voraus festgelegten Zeitraum nicht überschreiten (siehe Abschnitt 2. Grundlegende Konzepte. Definitionen).

**3. Krankenhausaufenthalt im Rahmen der Geburtsmedizin.** Eingeschlossen ist die Behandlung des Facharztes für Obstetrik und/oder der Hebamme bei stationärer Einweisung während der Schwangerschaft und/oder der Entbindung; weiter das Kinderbett und/oder der Inkubator für das Neugeborene für die Dauer des stationären Aufenthalts, bis zu maximal 28 Tagen.

**4. Pädiatrischer Krankenhausaufenthalt** (Kinder unter 14 Jahren). Eingeschlossen ist die kinderärztliche Versorgung sowohl bei einem konventionellen Krankenhausaufenthalt als auch im Inkubator.

**5. Stationäre Psychiatrie.** Eingeschlossen ist die Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie. Im Versicherungsschutz sind lediglich akute Fälle eingeschlossen. **Der Aufenthalt ist auf einen maximalen Zeitraum von Tagen pro Kalenderjahr begrenzt, der in der den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügten Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen angegeben wird.** Für diese Höchstgrenze werden sowohl Aufenthaltstage berücksichtigt, die bei dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Leistungserbringer erfolgten, als auch Aufenthaltstage, die bei Inanspruchnahme von Fremdmitteln erfolgten.

**6. Stationäre Behandlung auf der Intensivstation.** Schließt die Behandlung durch einen Facharzt für Intensivmedizin ein.

**7. Stationärer Aufenthalt für Dialyse und bei künstlicher Niere.** Schließt bei akuter Niereninsuffizienz die Behandlung durch einen Nephrologen oder einen Internisten ein.

#### **4.7 Ergänzende Deckungsleistungen**

**Präventivmedizin.** Hierzu gehören die folgenden Programme, gemäß allgemein anerkannter Protokolle:

##### **1. Kindergesundheitsprogramm**

Zu diesem Programm gehören:

- > Gymnastische Übungen und psychoprophylaktische Vorbereitung auf die Geburt mit praktischem und theoretischem Unterricht zur Säuglingsbetreuung; durchgeführt in Zentren, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören, oder gegen Kostenerstattung bei Leistungserbringern, die den Fremdmitteln zugeordnet sind. Dazu gehört ebenfalls die präventive postpartale Beckenboden-Rehabilitation (Deckung besteht für einen Zeitraum von maximal **vier Monaten nach der Geburt**); **weiter gilt, dass die Deckung für maximal 10 Sitzungen pro Jahr**



**und nur dann besteht, wenn die Leistungen bei einem Leistungserbringer in Anspruch genommen wird, der dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört** (Eigenmittel),

- > Weiter die Gesundheitsuntersuchungen des Neugeborenen; inklusive Neugeborenen-Screening auf Stoffwechselerkrankungen (Phenylketonurie und angeborene Hypothyreose), das Neugeborenenhörscreening (NHS) zur Früherkennung von Schwerhörigkeiten, Test auf Sehstörungen sowie Neugeborenen-Ultraschall.
- > Impfungen
- > Während der ersten vier Lebensjahre Gesundheitskontrollen in den für die kindliche Entwicklung wichtigsten Altersstufen.

## 2. Programm zur Früherkennung von Diabetes

Dazu gehört:

- > **Ab dem Alter von 45 Jahren** alle 4 Jahre eine Prüfung der Nüchtern glukose (GB) im Plasma.
- > **Bei Personen mit hohem Diabetesrisiko:** bei Vorgeschichte

von Diabetes in der nahen Verwandtschaft, metabolischem Syndrom oder gestörter Nüchtern glukose (IFG 110-125 mg/dl) wird die Untersuchung jährlich durchgeführt. Im Fall einer gestörten Nüchtern glukose ist es nötig, eine Untersuchung zum glykierten Hämoglobin (HbA1c) oder einen oralen Glukosetoleranztest durchzuführen.

- > **Liegt eine Diagnose von Prädiabetes vor**, aufgrund einer gestörten Nüchtern glukose zwischen 110-125 mg/dl und glykiertem Hämoglobin unter 6,5%, werden beide Werte einmal jährlich kontrolliert.
- > **Wird Diabetes diagnostiziert**, aufgrund von gestörter Nüchtern glukose von über 125 mg/dl und glykiertem Hämoglobin von 6,5% oder darüber, übernimmt DKV Seguros die Kontrolle und klinische Überwachung der Krankheit.

## 3. Programm zur Früherkennung von Glaukomen

Dazu gehört:

- > Ab dem Alter von 40 Jahren alle drei Jahre eine Messung des Augeninnendrucks (AID)
- > Bei Personen mit familiärer Glaukom-Vorgeschichte wird

jährlich eine Messung des  
intraokularen Drucks durchgeführt.

Sollte ein erhöhter Augeninnendruck festgestellt werden, erfolgen Kontrolle und klinische Überwachung mittels Ophthalmoskopie und Kampimetrie und, falls nötig, eine optische Kohärenztomographie gemäß allgemein anerkannter klinischer Protokolle.

#### **4. Programm zur Früherkennung von gynäkologischen Krebserkrankungen bei Frauen.**

Es umfasst zwei Screeningformen zur Früherkennung von gynäkologischem Krebs, alternativ und untereinander inkompatibel, dies sind:

**a) Eine jährliche gynäkologische Kontrolluntersuchung;** mit Arztbesuch, Zytologie, Kolposkopie, gynäkologischem Ultraschall und Mammographie, gemäß allgemein anerkannter klinischer Protokolle. Weiter gedeckt ist der **HPV-Test (DNA-HPV) zur Diagnose einer Infektion mit humanen Papillomviren bei Frauen mit pathologischer zerviko-vaginaler Zytologie** (Bethesda-Klassifikation) **und nach Konisation.**

Ebenfalls, nach Verschreibung durch einen Gynäkologen, gehört dazu der präventive Test auf eine Infektion mit humanen Hochrisiko-Papillomviren (HR-HPV); **alle drei Jahre bei Frauen im**

**Alter von zwischen 25 und 34 Jahren und alle fünf Jahre bei Frauen im Alter von zwischen 35 und 65 Jahren.**

**b) Spezifische und im Abstand von mehreren Jahren durchzuführende Screening-Programme zur Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs:**

**b.1) Brustkrebs-Screening-Programm:** Frauen im Alter von zwischen 45 und 69 Jahren wird empfohlen, alle zwei Jahre eine Mammographie vornehmen zu lassen. Frauen im Alter von zwischen 35 und 45 Jahren wird empfohlen, jährliche Kontrolluntersuchungen vornehmen zu lassen, wenn familiäre Vorgeschichte zu Brustkrebs vorliegt und/oder ein genetisches Risiko (BRCA).

**b.2) Screening-Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs bei Frauen im Alter von zwischen 25 und 65 Jahren:** Beinhaltet die Entnahme einer Probe zur Durchführung einer zytologischen Untersuchung oder den HR-HPV-Test (Test auf eine Infektion mit humanen Hochrisiko-Papillomviren), in Abhängigkeit vom Alter der Frau und dem Protokoll, das im Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs des spanischen nationalen Gesundheitswesens festgelegt wurde (**Anweisung SCB/480/2019**).

- > Bei Frauen im Alter von zwischen 25 und 34 Jahren wird eine zytologische Untersuchung durchgeführt, die, wenn sie negativ ausfällt, alle drei Jahre wiederholt wird. Bei positivem Ergebnis wird eine Kolposkopie durchgeführt: Bei negativem Ergebnis wird in drei Jahren eine Überprüfung durchgeführt und bei positivem Ergebnis eine Behandlung eingeleitet, die auf ärztliche Verordnung einen HPV-Test oder einen Hochrisiko-Papillomtest beim Menschen beinhaltet.
- > Frauen im Alter von zwischen 35 und 65 Jahren wird eine Liquid Based Cytology (LBC) zur Bestimmung des Hochrisiko-Papillomvirus (HPV) im Abstand von jeweils fünf Jahren angeboten. Sollte das Testergebnis positiv ausfallen, wird eine zytologische Untersuchung durchgeführt. Bei negativem Ergebnis werden sie in einem Jahr zum HPV-AR-Test einbestellt und bei positivem Ergebnis wird eine Kolposkopie durchgeführt. Bei negativem Ergebnis wird eine Überprüfung in fünf Jahren vorgenommen und bei positivem Ergebnis eine Behandlung eingeleitet.

## 5. Präventionsprogramm zu Risiken koronarer Erkrankungen.

Dazu gehört:

- > **Eine jährliche allgemeinmedizinische oder kardiologische Grunduntersuchung**, bestehend aus einer Kontrolluntersuchung, einer allgemeinen Untersuchung von Blut und Urin, einer Röntgen-Aufnahme des Thorax und einem EKG.
- > **Alle drei Jahre eine umfassende kardiologische Kontrolluntersuchung**, durchgeführt in einem Fachzentrum, das dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört, und bestehend aus Anamnese, körperlicher kardiologischer Untersuchung, spezifischer und präventiver Analyse der Atheromatose (Blutbild, Elektrolyte, Cholesterin, Triglyceride, Homocystein, Glucose, Urämie, Serum-Harnsäure, Serum-Calcium, Prothrombin-Werte und Blutplättchen), weiter Ruhe- und Belastungs-EKG sowie Echokardiographie.

## 6. Programm zur Hautkrebsprävention.

Dazu gehört:

- > Beratung und Kontrolle von Veränderungen in Größe, Farbe und Form von dysplastischen oder atypischen Naevi.

> **Mikroskopie mittels digitaler Epilumineszenz oder Dermoskopie**, zur Früherkennung von Melanomen:

**1. Bei Risikogruppen:** Mit multiplen atypischen Nävi (> 100) oder diagnostiziertem familiärem dysplastischen Nävus-Syndrom, mit persönlicher oder familiärer Melanom-Vorgeschichte (ersten und zweiten Grades), oder bei Trägern von damit assoziierten genetischen Mutationen.

**2. Alle drei Jahre ein dermatologisches Check-up:** Zur Kontrolle und Überwachung angeborener, pigmentierter oder risikobehafteter Verletzungen der Haut.

**7. Darmkrebs-Vorsorgeprogramm für Angehörige dieser Risikogruppe mit Vorgeschichte.**

Dazu gehört:

- > Ärztliche Beratung und körperliche Untersuchung
- > Spezifischer Test zur Feststellung von okkultem Blut im Stuhl
- > Koloskopie, falls erforderlich

**8. Programm zur Prostatakrebsvorsorge für Männer im Alter von über 45 Jahren.**

Dazu gehört:

> Ärztliche Beratung und körperliche Untersuchung

- > Untersuchung von Blut und Urin, mit Bestimmung des PSA-Wertes
- > Transrektaler Ultraschall und/oder Prostata-Biopsie, falls erforderlich

**9. Programm zu Mund- und Zahngesundheit**

**9.1 Im Kindesalter:** Ausgerichtet auf die Vorbeugung von Karies, Parodontose und Probleme aufgrund der Fehlstellung von Zähnen oder von Aufbissproblemen.

Dazu gehört:

- > Zahnärztliche Beratung und Untersuchung zur Mund- und Zahngesundheit
- > Korrektur von Essgewohnheiten
- > Etablierung einer angemessenen Mundhygiene
- > Topische Fluoridierung
- > Fissurenversiegelung und Füllungen
- > Zahnsteinentfernung bzw. Mundhygiene, falls erforderlich

**9.2 Schwangerschaft, Gesundheit für Mutter und Kind:** Ausgerichtet auf die Einführung von Regeln zur Prävention;

erfolgt mittels einer Beurteilung des Zahnfleischzustandes, der Beratung zu Mundhygiene und Ernährung sowie der Bereitstellung von Informationen zu den am häufigsten vorkommenden oralen Erkrankungen des erwarteten Kindes.

Dazu gehört:

- > Ernährungsberatung zur Vorbeugung von Karies
- > Zahnreinigung und Mundhygiene
- > Fluoridierung, das Aufbringen von desensibilisierendem Fluorid

### **10. Vorbeugendes Ultraschall-Screening-Programm für abdominale Aortenaneurysmen (AAA)**

Dazu gehört:

- > Beratung im Rahmen der medizinischen Grundversorgung und Ultraschalluntersuchung des Abdomens zur Früherkennung eines Aneurysmas bei Personen, die zur Risikogruppe gehören, jedoch asymptomatisch sind: Für Männer im Alter von über 65 Jahren (zwischen 65 und 75 Jahren) und für Risikogruppen, dazu gehören Raucherinnen und Personen über 50 mit Familienangehörigen ersten Grades mit einer Vorgeschichte von abdominalem Aortenaneurysma.

### **Bei gesunden Frauen die Vornahme von das Risiko von Brust- und Eierstockkrebs mindernden oder prophylaktischen Operationen.**

Gedeckt, wenn die Verschreibung des Onkologen oder Gynäkologen vorliegt; **für Frauen, die Trägerinnen von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA 2 sind, dabei ohne persönliche Krebsvorgeschichte jedoch mit hoher familiärer Belastung durch Brust- oder Eierstockkrebs. Es gilt eine Karenzzeit von 48 Monaten.** Umfasst eine beidseitige Brustamputation und gegebenenfalls die Entfernung von Eierstöcken und Eileitern, als präventive Therapie zur Verringerung des Brust-, Eierstock- und Eileiterkrebsrisikos. Die Deckung beinhaltet auch die Brustrekonstruktion mit Implantaten.

### **Orthoptik.** Visuelle

Rehabilitationstherapie durch Augenübungen. Nur eingeschlossen bei Versorgungsmodalität Fremdmittel, nur für Kinder im Alter von unter 10 Jahren mit Amblyopie (Schwachsichtigkeit) und Strabismus (Schielen) und nach vorheriger Verschreibung durch den Augenarzt; es erfolgt die Erstattung der Ausgaben, wobei eine Höchstgrenze von Sitzungen je Versichertem und Kalenderjahr und ebenfalls eine Erstattungshöchstgrenze für jede Sitzung festgelegt wurde, die der Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen zu entnehmen ist, die den Besonderen Vertragsbedingungen angehängt ist.

### **Familienplanung Umfasst die folgenden Leistungen:**

- > IUP-Implantation, einschließlich der Kosten für das Intrauterinpressar
- > Eileiterligatur
- > Vasektomie

**Chirurgische Prothesen:** Künstliche Substitute, die ein Organ ersetzen oder seine Funktion ergänzen, diese sind in den Deckungsleistungen der Versicherung eingeschlossen, ohne Zahlungsbegrenzung pro Versichertem und Jahr.

**Tagegeldzahlung bei stationärem Krankenhausaufenthalt.** DKV Seguros leistet ab dem dritten Tag der stationären Aufnahme pro Tag einen bestimmten Betrag bis zum Erreichen einer Höchstgrenze pro Versichertem und Jahr; diese wird genannt in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist und es müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- > Der stationäre Aufenthalt muss unter den Versicherungsschutz fallen und es gibt keinen Dritten, der verantwortlich und zur Zahlung verpflichtet ist.
- > Keine der infolge des Krankenhausaufenthaltes

entstandenen Ausgaben gehen zulasten von DKV Seguros .

### **4.8 Besondere Deckungen**

**Kurbad oder Badeort.** Nach einem Mindestaufenthalt von drei Tagen in einem Krankenhaus und bei im Voraus und unverzüglich erfolgter schriftlicher Verschreibung durch einen Arzt besteht Deckung für einen Aufenthalt in einer Badekuranstalt zur medizinischen Behandlung zu Heilungs- und Genesungszwecken; es besteht eine Höchstgrenze für den Aufenthalt, die in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt wird.

**Refraktive Chirurgie bei Fehlsichtigkeit.** Eingeschlossen ist die operative Korrektur mittels Excimerlaser von Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Astigmatismus (Hornhautverkrümmung), **mit Ausnahme der Alterssichtigkeit.** Die Höchstgrenze, die DKV Seguros für jedes operierte Auge bezahlt, wird in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt.

**Medikamente.** Eingeschlossen ist die Erstattung der Kosten für die im Arzneimittelregister (dem für Spanien

gültigen International Vademecum) aufgeführten Arzneimittel, der Kosten für Impfstoffe und für allergene Extrakte sowie für mit ärztlicher Verschreibung verordnete Heil- und Hilfsmittel (Verbände und Binden), die in einer Apotheke gekauft und zu therapeutischen Zwecken verabreicht werden.

**Nicht zu den Medikamenten zählen und daher vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind beworbene Fachgebiete, homöopathische Arzneimittel und Produkte mit geringem therapeutischem Nutzen.**

**Ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Nahrungsergänzungsprodukte, Wohlfühlpräparate, dermoästhetische Produkte, kosmetische Produkte, Mineralwässer sowie Körperpflege- und Hygieneprodukte.**

**Medizinische Heil- und Hilfsmittel.** Mit zuvor erfolgter ärztlicher Verschreibung werden Wundverbandsmaterial, Brillengläser und Brillengestelle gedeckt bis zu einem Betrag, der in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt wird (ab einem Alter von 15 Jahren müssen seit der letzten Zahlung für diese Mittel mehr als zwei Jahre vergangen sein).

**Orthopädisches Material:** Einlagen zur Fußkorrektur, Gehhilfen, Hörgeräte, Stützstrümpfe, Kontaktlinsen, Korrekturschienen, künstliche Gliedmaßen, Steh- und Liegehilfen, orthopädische Rumpf-, Arm-, Bein-Stützapparaturen. Von der Versicherung gedeckt werden auch maßgefertigte orthopädische Schuhe, hierbei wird, je nach Alter des Versicherten, der Teil der Kosten bezahlt, der die Beträge übersteigt, die in der den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt werden.

**Besondere medizinische Heil- und Hilfsmittel:** Rollstühle, Sauerstoffgeräte, Inhalationsgeräte, Geräte zur Behandlung von Schlafapnoe (CPAP oder BiPAP), Überwachungsmonitore für Säuglinge, Infusionspumpen, elektronische Lesehilfen, Blindenführgeräte und Blindenhund (Ausbildung zu Orientierung und Mobilität eingeschlossen).

Für den Erwerb dieser Hilfsmittel ist eine im Voraus zu erteilende Autorisierung durch DKV Seguros erforderlich. DKV Seguros kann diese Hilfsmittel dem Versicherten direkt zur Nutzung bereitstellen.

Durch die Versicherung werden ebenso die Reparaturkosten für die Hilfsmittel gedeckt, diese sind erstattungsfähig,

mit Ausnahme von Sohlen und Absätzen maßgefertigter orthopädischer Schuhe.

**Zahnmedizin** Bei DKV Top Health® sind sämtliche zahnärztlichen Behandlungen eingeschlossen, ausgenommen diejenigen, die aus ästhetischen Gründen vorgenommen werden: Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Kieferorthopädie, Zahnfüllungen, Zahnprothesen und Kieferorthopädie, Wurzelspitzenresektion, Implantate und die damit verbundenen diagnostischen Verfahren.

Der Versicherte kann weltweit Zahnärzte, Praxen und Kliniken aufsuchen, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören (Fremdmittel) und hat ein Recht auf Erstattung der für die erbrachten Leistungen angefallenen und durch Rechnungen belegten Kosten im dem Umfang, der in der Tabelle der Deckungen und Höchstgrenzen genannt wird, die als Anhang den Besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist.

Darüber hinaus kann bei Vorlage der DKV MEDICARD® das landesweit verfügbare DKV-Netzwerk für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit (Eigenmittel) in Anspruch genommen werden, um zahnmedizinische Serviceleistungen zu erhalten.

Für die Summe der in Rechnung gestellten zahnmedizinischen Behandlungen beider Versicherungsmodalitäten (Eigenmittel und Fremdmittel) gilt eine Höchstgrenze pro Versichertem und Jahr, die in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt wird, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigelegt ist.

**Klinische Psychologie** Eingeschlossen sind Konsultationen bei einem klinischen Psychologen bis zu einer gewissen Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr und nach vorheriger Verschreibung durch einen Facharzt für Psychiatrie; die Höchstgrenze ist in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt (Summe der durch Inanspruchnahme von Eigenmitteln und Fremdmitteln durchgeführten Sitzungen).

**Psychotherapie** Die Konsultationen und / oder Sitzungen der Therapie werden von einem Psychiater geleitet, der gegebenenfalls von einem klinischen Psychologen unterstützt wird; für die Erstattung gelten die Regelungen, die der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigelegt ist, entnommen werden können.



**Techniken der assistierten Reproduktion.** Gedeckt werden die Techniken der assistierten Reproduktion **zur Behandlung der Unfruchtbarkeit von Paaren, einschließlich gleichgeschlechtlicher Paare, in der Zeit der maximalen Fruchtbarkeit der Partner** (ab 18 Jahren und bis zum Alter von 45 Jahren bei Frauen und bis 55 Jahren bei Männern) **mit einer Karenzzeit von zwölf Monaten.**

**Anforderungen:** Um einen Anspruch auf die Deckung und Zugang zu den hier eingeschlossenen Behandlungen der assistierten Reproduktion zu haben, ist es erforderlich, dass beide Partner des Paares in den Versicherungsvertrag aufgenommen und über diesen versichert sind, sie kein gemeinsames Kind haben und die Karenzzeit erfüllt wurde, die in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt wird. Zur Berechnung dieser Karenzzeit berücksichtigt wird, da beide Partner des Paares über den Vertrag versichert sein müssen, die zuletzt erfolgte Aufnahme in den Vertrag, falls der Vertrag nicht zur selben Zeit von beiden gemeinsam abgeschlossen wurde.

**Modalität:** Gemischte medizinische Versorgung. Die Versicherten haben Zugang zu den Leistungen der assistierten Reproduktion über Zentren und Kliniken, die dem DKV-Netzwerk

für Gesundheitsleistungen in Spanien angehören (Eignmittel). Hierzu ist zuvor die Autorisierung von DKV Seguros einzuholen und die DKV MEDICARD® ist vorzulegen, oder aber, wenn Zentren oder Kliniken aufgesucht werden, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören (Fremdmittel) ist die Erstattung der dort entstandenen Aufwendungen zu beantragen.

Eingeschlossen sind in Spanien zugelassene Techniken der assistierten Reproduktion, **auf der Grundlage des spanischen Gesetzes Ley de Reproducción Humana Asistida zu assistierter menschlicher Reproduktion und der Verwendungskriterien, die in den Bewertungsberichten der Agenturen zur Beurteilung von Gesundheitstechnologien des spanischen Nationalen Gesundheitssystems festgelegt wurden; dies gilt für Leistungen, die in diesem Vertrag nicht ausdrücklich beschränkt und/oder ausgeschlossen werden (Abschnitte 4.8 und 5.k der Allgemeinen Vertragsbedingungen) und/oder von der Verordnung des Ministeriums für Gesundheit SSI / 2065 / 2014 erfasst werden.**

**Beschreibung:** Die Kriterien für die Deckung der Reproduktionstechniken und die für **die Anzahl der Versuche und das Alter der Frau geltenden Höchstgrenzen** sind:

**1. Künstliche Insemination (AI): Maximal sechs Versuche, bis zu einem Alter von 40 Jahren, während der Laufzeit der Versicherung oder im Leben der Versicherten.**

**2. In-vitro Fertilisation (IVF) mit eigenen Gameten: Maximal vier Versuche, bis zu einem Alter von 42 Jahren, während der Laufzeit der Versicherung oder im Leben der Versicherten.**

**3. In-vitro Fertilisation mit Eizellen-, bzw. Präembryonenspende: Maximal zwei Versuche, bis zu einem Alter von 45 Jahren, während der Laufzeit der Versicherung oder im Leben der Versicherten.**

Zudem übernimmt DKV Seguros die Kryokonservierung von Samen und Eierstockgewebe (Eizellen) während des gesetzlich vorgeschriebenen Zeitraums in den Fällen, **in denen sich die Empfänger einer chirurgischen Behandlung, Chemotherapie oder Strahlentherapie unterziehen müssen.**

**Erstattung der Kosten für Akupunkturbehandlungen.**

Im Versicherungsschutz, den DKV Top Health® bietet, sind Akupunkturbehandlungen in der Weise versichert, dass eine Erstattung der Ausgaben für unter Inanspruchnahme von Fremdmitteln erbrachte Leistungen erfolgt, sofern diese durch

einen Arzt erbracht und bei den nachfolgend genannten Indikationen zur Schmerzbehandlung eingesetzt werden: **Spannungskopfschmerzen, Migräne, postoperativen Zahnschmerzen und unspezifischen muskuloskelettalen Schmerzzuständen der Lenden- und Halswirbelsäule. Ausdrücklich von der Deckung ausgeschlossen sind Behandlungen bei anderen als den vorstehend genannten Indikationen.**

> Akupunkturbehandlungen: Erstattung der Kosten je Konsultation oder Sitzung bis zu einer gewissen Höchstgrenze und einer maximalen Anzahl von Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr; diese werden genannt in der Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist.

**Transplantationen** Im

Versicherungsumfang enthalten ist die Transplantation aller Arten von Organen. Die Organentnahme und -verpflanzung erfolgt gemäß den geltenden Gesundheitsvorschriften. DKV trägt die Kosten für Entnahme, Transport und Konservierung des Organs, das verpflanzt wird.

**Fernmedizin Inbegriffen sind die folgenden Leistungen ausschließlich durch das von der Einrichtung vertraglich abgeschlossene**

**„DKV-Netzwerk für Fernmedizin“  
(Modalität Gesundheitsleistungen mit  
Eigenmitteln).**

**1. Ferntermin: Virtueller Arzttermin:**

In der vom „**DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen der Fernmedizin**“ geltenden Einrichtung (Eigenmittel) **kann der Versicherte über die App Quiero Cuidarme Más auf unterschiedlichem Weg** (mündlicher, schriftlich oder online) und nach Termin **auf die unterschiedlichen Fachrichtungen mit Spezialisten zugreifen** (Information über die Ärzteliste).

**2. Ferntherapie: ohne Anwesenheit**

In der vom „**DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen der Fernmedizin**“ geltenden Einrichtung (Eigenmittel) **kann der Versicherte nach Anfrage und Genehmigung durch DKV Seguros** auf Spezialisten für Fernrehabilitationsbehandlungen auf unterschiedlichem Weg (mündlicher, schriftlich oder online) je nach Behandlung zugreifen. **Die abgedeckten virtuellen Rehabilitationstherapien sind:**

**a) Fernphysiotherapie**

**b) Telepsychotherapie**

**Die Ferntherapien und alle anderen, die hinzugefügt werden können, werden ausschließlich in der**

**Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln durch die gleichen Indikationen und mit den gleichen Deckungsgrenzen und Ausschlüssen abgedeckt wie die homologen Präsenztherapien; sie werden zusammen mit diesen berechnet (Summe der mit Eigenmitteln finanzierten Präsenzsitzungen und mit Fremdmitteln bei Online-Sitzungen).**

**Rückerstattung der Ausgaben für Leistungen im Rahmen der Familienhilfe und/oder Pflegehilfe, wenn eine Pflegebedürftigkeit 3. Grades, verursacht durch Unfall, nachgewiesen wird.**

DKV Seguros garantiert im Fall, dass der versicherten Person und/oder ihrem gesetzlichen Pfleger durch das “Sistema para la Autonomia y Atención a la dependencia” (SAAD) ein Zustand oder die Situation von Pflegebedürftigkeit 3. Grades nach Unfall, der durch die Police gedeckt ist, bestätigt wird, und ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Deckung die Rückerstattung von 100% des Betrages der bezahlten Rechnungen, die für Familienunterstützung und/oder im Fall von Pflegebedürftigkeit gezahlt worden sind, **worden sind, bis zu einem maximalen Höchstbetrag von 12 000 Euro je versicherter Person und mit einer Teilgrenze von 2000 Euro für die Verwaltung der Familienhilfen.**

Die Erstattung wird dann garantiert, wenn es sich um Aufwendungen im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen oder soziosanitären Serviceleistungen handelt, die im hier gebotenen Versicherungsschutz enthalten sind; **es gelten die Begrenzungen und Ausschlüsse, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt werden (siehe Absätze 5.a, 5.c, 5.d, 5.e des Abschnitts »Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen«).**

Für die Zwecke dieser Versicherungsleistung ist Pflegebedürftigkeit der Stufe drei aufgrund eines Unfalls wie folgt definiert: Ein irreversibler Zustand, der es der pflegebedürftigen Person weder ermöglicht, wieder selbstständig zu sein, noch einen geringeren Grad der Pflegebedürftigkeit zu erreichen.

**Die soziosanitären und die im Rahmen der Familienhilfe oder der Betreuung Pflegebedürftiger durch hauptberufliche Pflegekräfte erbrachten Leistungen, auf welche im Rahmen dieser Deckung Anspruch besteht, sind:**

**Häusliche Hilfsleistungen** Hierunter fallen Serviceleistungen, die durch qualifiziertes Personal erbracht werden und eine Reihe von nützlichen Betreuungsleistungen für Personen, die eine Minderung ihrer

Selbstständigkeit und ihrer persönlichen Bewegungsfähigkeit haben, verbunden mit Schwierigkeiten beim Aufstehen, Duschen, Ankleiden sowie der Zubereitung der täglichen Mahlzeiten und die neben weiteren Leistungen einen ständigen Betreuer benötigen.

**a) Persönliche Betreuung:**

- > Persönliche Hygiene
- > Häusliche Mobilisation
- > Umlagern und Positionswechsel sowie persönliche Hygiene bettlägeriger Personen
- > Häusliche Begleitung

**b) Hauswirtschaftliche Hilfe:**

- > Reinigung des Wohnraumes
- > Haushaltseinkäufe
- > Zubereitung der Mahlzeiten

**In Einrichtungen erbrachte Betreuungsleistungen** Hierbei handelt es sich um Leistungen, die in Seniorenwohnheimen sowie in Tages- und Nachtzentren durch hochqualifiziertes Personal erbracht werden, um eine umfassende Betreuung zu gewährleisten. Hierzu gehören unter anderem Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger,

Physiotherapeuten, Psychologen und Beschäftigungstherapeuten. Diese Leistung ermöglicht den Zugang zu vorübergehenden Aufenthalten, Daueraufenthalten und zu Tageszentren.

- > Seniorenwohnheime / Altersresidenzen
- > Tageszentren mit besonderer Betreuung
- > Nachtzentrum

#### **Teleassistentz-Service mit fest installierten und mobilen Geräten.**

Es handelt sich um mobile oder fest installierte Kommunikationsgeräte, die für Notfälle gedacht und permanent mit einer Alarmzentrale verbunden sind.

Der Zugang zu diesem Service erfolgt über ein spezielles Gerät und ist individuell angepasst; er wird durch Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte 24 Stunden täglich und an 365 Tagen im Jahr innerhalb und außerhalb der Wohnräume gewährleistet.

**Die einzige Einschränkung besteht darin, dass die Person, die die Serviceleistung in Anspruch nehmen möchte, über ausreichende kognitive Fähigkeiten zur Nutzung der Geräte verfügen muss.**

**Leistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes** Es handelt sich um

eine Vielzahl von Gegenständen, die dazu bestimmt sind, das Wohnumfeld an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Diese Produkte erlauben es, den Zugang und die Mobilität innerhalb ihres Zuhauses zu verbessern.

#### **Beratungs- und Bearbeitungsdienstleistungen für Hilfen bei Pflegebedürftigkeit**

Eingeschlossen sind weiter die Beratungs- und Bearbeitungsdienstleistungen für Hilfen bei Pflegebedürftigkeit; **es gilt hier eine maximale Teilobergrenze von 2000 Euro während der gesamten Laufzeit des Vertrages oder des Lebens des Versicherten.**

Der Versicherte und/oder eine in seinem Namen handelnde Person (Vormund) kann die Erstattung der Kosten für Leistungen der Familienhilfe und/oder Betreuung Pflegebedürftiger, die in diesem Abschnitt beschrieben werden, bis zu einem **maximalen Höchstbetrag von 12 000 Euro pro versicherter Person bei DKV Seguros beantragen. Dabei gilt eine Teilgrenze von 2000 Euro für Beratungs- und Bearbeitungsdienstleistungen für Hilfen bei Pflegebedürftigkeit. Es ist unerlässlich, dass ein Bescheid vorgelegt wird, der durch die zuständige Behörde des spanischen „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“ (SAAD) der Autonomen Gemeinschaft**

**ausgestellt wurde, in welcher der Versicherte seinen Wohnsitz hat, und durch den dem Versicherten sein Zustand der Pflegebedürftigkeit der Stufe drei (ersten oder zweiten Grades) bescheinigt wird und aus dem weiter die Gründe und Umstände der Pflegebedürftigkeit zu entnehmen sind.**

**Die Deckung für Pflegebedürftigkeit endet automatisch und definitiv, wenn die versicherte Person den maximal garantierten Höchstbetrag für diese Leistung von 12 000 Euro erhalten hat, oder die Teilgrenze von 2000 Euro für Beratungs- und Bearbeitungsdienstleistungen für Hilfen zur Pflegebedürftigkeit während der Laufzeit der Versicherung durch Rückerstattung der Kosten.**

### **Zugang zu dieser Deckungsleistung**

**a) Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um in den Genuss der Deckungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit zu kommen:**

- > Es muss ein Anspruch auf den Erhalt von Pflegegeld in Spanien bestehen und es müssen die rechtlichen Anforderungen für den Zugang erfüllt sein.
  - > Der Pflegebedürftige muss zu dem Zeitpunkt, an dem sich der Unfall ereignet und an dem der Antrag auf Erstattung der
- aufgrund der Pflegebedürftigkeit dritten Grades entstandenen Ausgaben als Versicherter in die Krankenversicherung eingeschlossen sein und ebenfalls zum Zeitpunkt der Leistungserbringung.
- > Bei dem Unfall, der sich ereignet hat, darf es sich nicht um eine Folge von Aktivitäten oder Umständen handeln, die vom allgemeinen Versicherungsschutz der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (Absätze 5.a, 5.c, 5.d und 5.e des Abschnitts »Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen« der Allgemeinen Vertragsbedingungen) oder ausdrücklich vom Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit (Absatz 4.8 »Besondere Deckungen«).
  - > Der Versicherte muss sich in einer Situation von Pflegebedürftigkeit der Stufe drei befinden, gemessen an den Stufen, die durch das spanische Gesetz Ley de Dependencia 39/2006 vom 14. Dezember festgelegt wurden und anhand der Bewertungsskala für den Grad der Pflegebedürftigkeit (spanisches Gesetz Real Decreto 504/2007 vom 20. April), die in Spanien Gültigkeit hat.
  - > Es ist ein Bescheid vorzulegen, mit Datum und mit Unterschrift versehen, der durch die zuständige Behörde des spanischen „Sistema

para la Autonomía y Atención a la Dependencia“ (SAAD) der Autonomen Gemeinschaft ausgestellt wurde, in welcher der Versicherte seinen Wohnsitz hat, aus dem die Bewertung und Anerkennung des Zustandes der Pflegebedürftigkeit der Stufe drei hervorgeht und in dem die Gründe und Umstände der Pflegebedürftigkeit dargelegt werden.

**b) Unterlagen, die zur Anerkennung des Anspruchs auf die Versicherungsleistung notwendig sind.**

Um in den Genuss der Erstattung von Kosten für Pflegeleistungen zu kommen, muss der Versicherte die vollständigen, seine Pflegebedürftigkeit betreffenden Nachweise vorlegen; es sind die folgenden Dokumente vorzulegen (im Original oder beglaubigte Abschriften bzw. Kopien):

1. Angabe der persönlichen Daten, Angaben zu Familie und Beruf des Versicherten, für den die Leistung erbracht werden soll.

2. Der Bescheid der zuständigen Behörde des spanischen „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“, aus dem die Bewertung und Anerkennung des Zustandes der Pflegebedürftigkeit hervorgeht und in dem die Gründe und Umstände dieser Pflegebedürftigkeit dargelegt werden.

3. Arztberichte bezüglich des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen sowie ein vom Sozialarbeiter erstellter Bericht.

4. Sämtliche zusätzlichen Unterlagen, die notwendig sind oder sein könnten, um damit den Anspruch auf den Erhalt der Versicherungsleistung zu belegen.

5. Der Bescheid, mit Datum und mit Unterschrift versehen, aus dem die Bewertung und Anerkennung des Zustandes der Pflegebedürftigkeit des Grade drei hervorgeht und ab dessen Erlass der Anspruch auf die Erstattung dieser soziosanitären Leistung besteht.

Die Nichterfüllung der vorgenannten Voraussetzungen kann dazu führen, dass der Anspruch auf Erstattung abgelehnt wird.

**c) Die Erstattung der Ausgaben wird wie folgt vorgenommen:**

> Nachdem das Erstattungsformular eingereicht wurde, dem als Nachweis für die erhaltenen Leistungen die Originale der Rechnungen und Berichte beizufügen sind, nimmt DKV die Erstattung der bezahlten Rechnungen vor, und zwar zu dem Prozentsatz und unter Berücksichtigung der Deckungsgrenzen, die zuvor genannt wurden.

- > Die Zahlung erfolgt durch Überweisung auf das dafür angegebene Konto. Die auf dieses Konto vorgenommene Überweisung ist in vollem Umfang rechtsgültig, wirksam und schuldbefreiend für DKV Seguros .
- > Ist die Rechnungsstellung für Ausgaben in einer Fremdwährung erfolgt und durch den Versicherten auch in dieser bezahlt worden, erfolgt die Erstattung in Spanien in Euro und zu dem Wechselkurs, der an dem Tag Gültigkeit hatte, an dem die Rechnung bezahlt wurde. Sollte dieser Wechselkurs nicht zu ermitteln sein, wird der am Ausstellungsdatum der Rechnung oder gegebenenfalls am Tag der Erbringung der Dienstleistung gültige Kurs herangezogen.
- > Die für Übersetzungen von Berichten, Rechnungen oder Belegen über Arzthonorare anfallenden Kosten trägt DKV Seguros ausschließlich dann, wenn diese in den Sprachen Englisch, Deutsch, Französisch oder Portugiesisch abgefasst sind.

Sind diese in einer anderen Sprache abgefasst, gehen diese Kosten zulasten des Versicherten.

### **Vom Versicherungsschutz ausgeschlossene Risiken**

Von der Deckung aufgrund Pflegebedürftigkeit ausgeschlossen sind:

**1. Die Erstattung von Kosten für erbrachte Leistungen der Familienhilfe und/oder Betreuung Pflegebedürftiger, die in Abschnitt 4.8 der Allgemeinen Vertragsbedingungen nicht aufgeführt werden.**

**2. Die Erstattung von Kosten für erbrachte Leistungen der Familienhilfe und/oder Betreuung Pflegebedürftiger, die in Abschnitt 4.8 der Allgemeinen Vertragsbedingungen aufgeführt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit dritten Grades:**

**a)** Als Folge eines Unfalls eingetreten ist, der sich ereignet hat aufgrund von Aktivitäten oder Umständen, die ausdrücklich vom allgemeinen Versicherungsschutz der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (Absätze 5.c, 5.d und 5.e der Allgemeinen Vertragsbedingungen).

**b)** Es sich dabei um Folgen, Auswirkungen oder Komplikation von Verletzungen handelt, die bei einem Unfall entstanden sind, der vor dem Zeitpunkt stattgefunden hat (Vorexistenz), zu dem der Versicherte in die Versicherung aufgenommen wurde.



c) Auf einen Unfall zurückzuführen ist, der sich im Zustand geistiger Umnachtung entstanden ist, unter dem Einfluss von alkoholischen Getränken oder Drogen jeglicher Art oder von psychotropen Substanzen im Allgemeinen. Dies gilt auch dann, wenn diese nicht die Ursache für den Unfall waren.

d) Es sich um die Folgen eines Unfalls handelt, der sich ereignet hat infolge von grob fehlerhaftem Verhalten oder grober Fahrlässigkeit, eines Selbstmordversuches oder der Teilnahme an Wetten, Wettbewerben, Herausforderungen, Kämpfen oder Aggressionen.

e) Durch einen Unfall verursacht wurde, der sich infolge der Ausübung einer der folgenden Sportarten ereignet hat: Auto- und Motorsport in allen seinen Formen, Jagd, Tauchen, Bootssport auf Booten, die nicht für den öffentlichen Passagiertransport bestimmt sind, Reiten, Klettern, Bergsteigen, Höhlenwandern bzw. Caving, Boxen, Ringen in allen seinen Formen, Kampfsport, Fallschirmspringen, Ballon- und Luftschiff-Fahren, Gleitfliegen, Segelfliegen und im Allgemeinen jede Art von Sport oder Freizeitaktivität, die offenkundig gefährlich ist.

f) Die Folge eines Unfalls ist, der sich während einer Reise mit einem Flugzeug ereignet hat, unabhängig davon, ob als

Passagier oder als Besatzungsmitglied, wenn das Flugzeug eine Kapazität von weniger als zehn Plätzen für Passagiere hat.

**3. Die Erstattung der Kosten für Familienhilfen und/oder Pflegehilfen, da kein Anspruch auf die Deckung mehr besteht, da der Versicherte das während der Versicherungslaufzeit maximal für dieses Leistungskonzept garantierte Kapital erhalten hat, oder dieses bei einer Krankenversicherung mit Komplettabsicherung in der Modalität Individual oder gegebenenfalls der Modalität für Kollektive erhalten hat, die zuvor abgeschlossen wurde.**

**Rückerstattung der jährlich anfallenden Kosten für die Einlagerung von Nabelschnurblut in einer Nabelschnurblutbank;** während der ersten sechs Jahre nach der Geburt, exklusiv bei Modalität Individual von DKV Top Health<sup>®</sup>, sofern die Gewinnung und Kryokonservierung der Nabelschnur **über einen dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Leistungserbringer erfolgte, die Geburt von der Versicherung gedeckt war und die Person, deren Zellen aufbewahrt werden, weiterhin als Versicherter im Versicherungsvertrag verbleibt.**

DKV Seguros bietet die Gewinnung von Nabelschnurblut beim Neugeborenen und die Kryokonservierung als Service

mit Selbstbeteiligung über den DKV Club Salud y Bienestar an. Somit übernimmt die DKV 300 Euro für die Extraktion und der Versicherte **die Zahlung** von 690 Euro, bei der Modalität FIRST, oder 990 Euro, wenn die Modalität ADVANCE gewählt wird. Darüber hinaus **deckt die Versicherung in den ersten sechs Jahren im Wege über Erstattungen maximal 90 Euro pro Jahr zu den Kosten der Einlagerung der Nabelschnur, sofern die Geburt von der Versicherung gedeckt war und die Person, deren Zellen aufbewahrt werden, ab dem Zeitpunkt der Geburt weiterhin als Versicherter im Versicherungsvertrag verbleibt.**

DKV Seguros kann jedes Jahr bei Vertragsverlängerung den dem DKV Club Salud y Bienestar angehörenden Leistungsanbieter wechseln, ebenso die Höhe der Kostenbeteiligung der Versicherung an der Gewinnung, die Voraussetzungen für den Zugang, die vom Versicherten zu leistenden Zahlungen und die maximal von der Versicherung erstatteten Kosten für die Einlagerung.

#### **4.9 Ausgeschlossene Deckungen**

**Nur der Abschluss der Versicherung „DKV Top Health“ in der Modalität Individual ermöglicht dem Versicherten den Zugang zu den folgenden zusätzlichen Deckungsleistungen:**

#### **1. Biomechanische Untersuchung des Ganges und der Laufflächen. Zugang nur über dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende, darauf spezialisierte Referenzzentren (Eigenmittel).**

Eingeschlossen ist eine anatomische und funktionale Untersuchung, **die bei Erwachsenen alle fünf Jahre und bei Kindern im Alter von unter fünfzehn Jahren alle zwei Jahre gedeckt wird;** erforderlich ist die Verschreibung durch einen dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Facharzt für Traumatologie. **Mit einer Karenzzeit von 6 Monaten.**

#### **2. Vorbeugungs- und Kontrollprogramm für Übergewicht bei Kindern unter 14 Jahren und Behandlung von Fettleibigkeit bei Kindern und Erwachsenen durch einen Ernährungsspezialisten.**

Nach vorheriger Verschreibung durch einen Facharzt für Endokrinologie und Ernährungsmedizin oder einen Kinderarzt; umfasst Sprechstunden zur Vorbeugung und Kontrolle von Übergewicht bei einem Body-Mass-Index von 25-29,9 bei Kindern unter 14 Jahren und die Behandlung von Übergewicht **bei einem BMI über 30** sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen, bis zu **einer jährlichen Höchstgrenze von 20 Sprechstunden pro Versicherungsnehmer. (In die**

**Berechnung gehen Fremd- und Eigenmittel ein) und eine Erstattung vom maximal 40 Euro/Sitzung bei der Assistenz-Modalitäten von Fremdmitteln.**

Diese exklusiven Leistungen werden nur gedeckt in der Modalität und dem territorialen Gebiet, Ziel, Zugangsform, Deckungsbeschränkungen und den ausgeschlossenen Risiken, die in diesem Abschnitt festgelegt wurden, oder in den folgenden Abschnitten der Allgemeinen Vertragsbedingungen, welche den Deckungsumfang der Versicherung eingrenzen: Abschnitt 2 »Grundkonzepte. Definitionen.«, Abschnitt 3 »Modalität und Umfang der Versicherung«, Abschnitt 4 »Beschreibung der Deckungsleistungen«, Abschnitt 5 »Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen« und Abschnitt 6 »Karenzzeiten«.

#### **4.10 Reiseversicherung**

Für vorübergehende Auslandsreisen bietet die Versicherung einen weltweit geltenden Reiseversicherungsschutz, der für maximal 180 Tage pro Reise oder Auslandsaufenthalt gilt und dessen Deckungen in Anhang I dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen aufgeführt werden. Zugang zu diesen Deckungen besteht nur telefonisch, durch Anruf unter der Nummer +34 913 790434.

## 5. Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen

Es sind ausgeschlossen vom allgemeinen Versicherungsschutz dieser Versicherung:

a) Für jeden einzelnen Versicherten die Pathologien (Krankheiten oder Verletzungen, zuvor bereits eingetretene oder angeborene) und Gesundheitszustände wie Schmerzen oder Symptome, die bereits vor dem Inkrafttreten der Versicherung oder der Aufnahme in den Vertrag vorlagen und über die, obwohl sie bekannt waren, der Versicherungsgesellschaft gegenüber im Gesundheitsfragebogen keine Angaben gemacht wurden.

DKV Seguros hat in jedem Fall das Recht, diejenigen Pathologien und Gesundheitszustände, die angegeben wurden, jedoch aufgrund der Charakteristik des Vertrags nicht eingeschlossen werden können, von der Deckung auszuschließen. Diese konkreten Ausschlüsse sind ausdrücklich zu benennen.

b) Sämtliche diagnostischen und therapeutischen Verfahren, deren Sicherheit und Verhältnis von Kosten zu Nutzen nicht wissenschaftlich nachgewiesen, bzw. nicht von den spanischen Behörden zur Bewertung der medizinischen Technologien (Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias) anerkannt wurden, oder die nachweislich von anderen zur Verfügung stehenden übertroffen werden.

c) Körperliche Schäden aufgrund von Kriegen, Aufständen, Revolutionen, Terrorismus; weiter diejenigen, die infolge von offiziell erklärten Epidemien entstehen; diejenigen, die unmittelbar oder mittelbar mit Radioaktivität oder nuklearen Reaktionen zusammenhängen und diejenigen, die infolge von Naturkatastrophen entstehen (Erdbeben, Überschwemmungen oder aufgrund anderer Phänomene seismisch oder witterungsbedingter Art).

d) Krankheiten oder Verletzungen, die infolge der professionellen Ausübung einer Sportart, der Teilnahme an Wettbewerben und Wettkämpfen entstanden sind. Weiter solche, die durch die Ausübung, professionell oder als Amateur, von Risikosportarten entstanden sind, wie Stierkampf oder das Eintreiben von ungezähmtem Vieh, der Ausübung von Gefahrensportarten wie Tauchen, Bobfahren, Boxkampf, Kampfsportarten, Klettern, Rennen mit Motorfahrzeugen, Rugby, Quadfahren, Höhlenwandern bzw. Caving, Paragliding, Luftsportaktivitäten mit nicht für den öffentlichen Personentransport zugelassenen Luftfahrzeugen, Wildwassersport und andere mit Risikobedingungen verbundene Wassersportarten, Bungee-Jumping (Puenting), Barranquismo oder Canyoning (Kombination aus Schluchtenwandern, Steiluferklettern und Schwimmen) sowie das Training in diesen Sportarten und jede andere eindeutig gefährliche Sportart.

e) Medizinische Maßnahmen zur Behandlung von chronischem Alkoholismus und/oder Suchtmittelabhängigkeit sowie sich daraus ergebende Komplikationen und Folgen, medizinische Versorgung von Verletzten infolge von Alkohol- oder Genussmittelmissbrauch, Gewalt, Streit, Schlägereien und Raufereien, Suizidversuch

und Selbstverstümmelung, sowie Erkrankungen oder Unfälle, die auf Vorsatz, Fahrlässigkeit oder Unvorsichtigkeit des Versicherten beruhen.

f) Schönheitsoperationen sowie alle anderen zu ästhetischen oder kosmetischen Zwecken durchgeführten Behandlungen, Infiltrationen oder Vorgänge, es sei denn, es liegt eine funktionelle Störung des betroffenen Körperteils vor (reinpsychologische Gründe sind hierbei nicht ausreichend). Die Geschlechtsumwandlungsoperation, Lymphödemen oder Lypödem sowie die ärztlichen Behandlungen für beide. Krampfaderbehandlungen aus ästhetischen Gründen, ambulante oder stationäre Schlankheitskuren und dermatologisch ästhetische Behandlungen im Allgemeinen, hierzu gehören auch operative Haarbehandlungen. Ebenfalls ausgenommen ist die operative Korrektur bei Alterssichtigkeit (Presbyopie), die Orthokeratologie sowie Behandlungen in der Zahnästhetik. Weiter sämtliche Folgen und Komplikationen, die infolge der in diesem Absatz zusammengefassten Ausschlüsse auftreten.

g) Alternative und komplementäre Therapieformen, Akupunktur bei den nicht genannten Indikationen, Naturopathie, Homöopathie, Phytotherapie, Chiromassage, Lymphdrainage, Mesotherapie,

Magnettherapie, Gymnastik, Osteopathie, Hydrotherapie, alternative Entbindungsmethoden (Hausgeburt, Wassergeburt usw.), dreifasige Oxygentherapie, Pressotherapie, Ozontherapie, nicht in Abschnitt 4.5 aufgeführte Modalitäten und Indikationen der Lichttherapie und andere vergleichbare Leistungen, sowie medizinische Fachgebiete und solche aus dem Gesundheitsbereich, die von Abschnitt 4 nicht erfasst werden (Beschreibung der Deckungen), oder die offiziell nicht anerkannt sind.

Weiter sind ausgeschlossen Operationen zur Reduzierung des Krebsrisikos für jede Art von Krebs (ausgenommen die in Abschnitt 4 »Beschreibung der Deckungsleistungen« aufgeführten), medizinisch-chirurgische Behandlungen mit Techniken der Radiofrequenztherapie, außer bei Adenotonsillektomie, bei Kardioablation, Turbinoplastik sowie Ablationen bei rhinosinusalen Pathologien.

h) Aufenthalte, Versorgung und Behandlung in nichtmedizinischen Einrichtungen wie Hotels, Spa- und Badekureinrichtungen, Senioren-, Wohn-, Erholungsheimen, Diagnoseeinrichtungen o. Ä., auch wenn dies auf ärztliche Verschreibung hin erfolgt sowie die Aufnahme in Freizeit-, Erholungs- und Diätzentren.

Aufnahme in Fachkliniken für Psychiatrie, ausgenommen bei akuter Krise, Krankenhausaufnahme bzw. -aufenthalte aus sozialen oder familiären Gründen sowie solche, die durch häusliche oder ambulante Pflege ersetzt werden können.

Ausgeschlossen ist weiter eine Gesunghheitsversorgung, die erbracht wird in einem Krankenhaus, Zentrum oder einer anderen Einrichtung, die öffentlich und dem nationalen spanischen Gesundheitssystem angegliedert ist und/oder abhängig von einer Autonomen Gemeinschaft, außer in den konkret festgelegten Fällen (siehe Abschnitt 3.4 Besondere Regelungen für die Modalität der Gesundheitsversorgung durch Inanspruchnahme von Fremdmitteln).

In jedem Fall behält sich DKV Seguros das Recht vor, die für medizinisch-chirurgische sowie stationäre Versorgung an das öffentliche Gesundheitssystem entrichteten Kosten vom Versicherten zurückzufordern.

i) Hochtechnologische diagnostische und/oder therapeutische Verfahren, Lithotripsie, mit Ausnahme der in Artikel 4.4 „Diagnostische Verfahren“ und/oder 4.5 „Therapeutische Verfahren“ dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannten. Darüber hinaus sind

fernmedizinische Leistungen, die nicht ausdrücklich in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen angegeben sind sowie der Zugang zu ihnen über die Kostenrückerstattung in der Modalität Gesundheitsleistungen mit Fremdmitteln ausgeschlossen.

j) Präventivmedizin und Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen allgemeiner Art, außer den in den spezifischen Vorsorgeprogrammen genannten, die von Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Vertragsbedingungen erfasst werden (Ergänzende Deckungen).

k) Jede freiwillige Schwangerschaftsunterbrechung und jeder selektive Schwangerschaftsabbruch bei Mehrlingsschwangerschaften, die sogenannte Fetale Reduktion, rekonstruktive Chirurgie vorheriger empfängnisverhütender Techniken, Leihmutterchaft, Ausgaben für Spenden und Kryokonservierung von Eizellen, Spermata und Embryonen zu anderen als den in Abschnitt 4.8 vorgesehenen Zwecken sowie Techniken der assistierten Reproduktion zur Prävention und Behandlung von genetisch oder erblich bedingten Krankheiten, von chronischen Viruserkrankungen durch Samenwaschtechniken oder zu jedem anderen als dem Zweck der Behandlung der Unfruchtbarkeit des Paares.

Weiter werden die Techniken der assistierten Reproduktion ausgeschlossen, wenn die Sterilität eines Partners des Paares freiwillig erzeugt wurde oder die Folge der natürlichen körperlichen Entwicklung im Zuge der Beendigung des Reproduktionszyklus der Person ist.

l) Heil- und Hilfsmittel, sanitäre Vorrichtungen, orthopädisches Material, biologisches Material, Biomaterialien, medizinische Geräte sowie Sanitätsartikel (zum Beispiel elektrische Kissen, Massageapparate usw.), die nicht ausdrücklich unter Abschnitt 4.8 (»Besondere Deckungen«) dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen eingeschlossen wurden.

m) Angeforderte Fahrten zur Wahrnehmung von Arztbesuchen, Vornahme diagnostischer Tests und sonstige ambulante Behandlungen aller Art. Analysen und andere Untersuchungen, die für die Ausstellung von Bescheinigungen, Erstellung von Berichten sowie zur Ausstellung von Dokumenten vorgenommen werden und die keine eindeutig mit der ärztlichen Behandlung zusammenhängende Funktion haben.

n) Bei Psychiatrie und klinischer Psychologie sind ausgeschlossen diejenigen Konsultationen,

Diagnoseverfahren und Therapien, die nicht neurobiologischen oder pharmakologischen Kriterien folgen, weiter sind ausgeschlossen Psychoanalyse, Hypnose oder ambulante Narkolepsie-Behandlung, Sophrologie, Ruhe- und Schlaftherapie sowie sämtliche davon abgeleiteten Therapien mit vergleichbaren Leistungen.

Ausgeschlossen sind weiter Psychotherapie für Gruppen oder Paare, psychologische und psychometrische Tests, psychosoziale oder neuropsychologische Rehabilitation, sowie Beschäftigungstherapie und Psychoedukation.

o) Regenerative Medizin, biologische Medizin, Immuntherapie, Zell- und Gentherapien, biologische Therapien, Therapien mit direkt wirkenden Virenhemmern sowie deren Anwendung oder Verabreichung.

Zudem ausgeschlossen ist die Gesundheitsversorgung bei den verschiedenen Formen von viralem hämorrhagischem Fieber, damit zusammenhängenden Komplikationen und Folgeschäden, weiter experimentelle Behandlungen oder Behandlungen im Rahmen klinischer Studien in allen Phasen und Stufen, Behandlungen mit »compassionate use«-Produkten und mit Orphan-Medikamenten.

p) Die Kosten für die Nutzung von Telefon und Fernsehen, Verpflegung des Begleiters in der Klinik, Reise- und Anfahrtkosten, ausgenommen der Krankenwagen in den unter Abschnitt »Medizinische Grundversorgung« und »Notfallversorgung« dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannten Fällen, sowie die weiteren Dienstleistungen, die für die Krankenhausversorgung entbehrlich sind.

q) Die Arzneimittel oder Medikamente geringer therapeutischer Wirkung, die nicht in der spanischen Roten Liste (internationales Vademekum) aufgeführt sind, beworbene Fachgebiete, homöopathische und phytotherapeutische Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel, Beruhigungsmittel, Mineralwasser, dermoästhetische und kosmetische Produkte, Hygiene- und Körperpflegeartikel sowie Badezusätze.

Antitumorale und onkologische Medikamente, Radiopharmaka mit radioaktiven Isotopen, sofern gemäß der Berichte und veröffentlichten Empfehlungen der "Clinical Practice Guidelines" des britischen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) die als Leitlinien Abschnitt 3.1.1 »Gegenstand der Versicherung« und Abschnitt 2 »Grundkonzepte. Definitionen«



die diesen Allgemeinen Vertragsbedingungen beigefügt sind, keine wissenschaftlichen Nachweise für deren therapeutischen Nutzen gibt.

Weiter sind die in Abschnitt 5 genannten Therapien ausgeschlossen. o die „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“, auch wenn diese während eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus erbracht werden.

r) Die Rehabilitation zur Beibehaltung der vorhandenen Funktionen bei irreversiblen neurologischen Verletzungen unterschiedlicher Herkunft und bei chronischen Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparats. Logopädische Rehabilitation, außer in den in Abschnitt 4.5 »Therapeutische Verfahren« genannten Fällen.

Ausgeschlossen sind frühzeitige stimulierende Behandlungen, Beschäftigungstherapie, Rehabilitationsbehandlungen bei während eines stationären Krankenhausaufenthalts erworbenen Hirnschäden sowie jede Form von Rehabilitation, die mittels Hausbesuch durchgeführt wird (ausgenommen bei der unter Abschnitt 4.5 genannten Indikation), weiter Behandlungen, die Motiv für einen stationären Krankenhausaufenthalt sind oder die in nicht autorisierten und/oder

im entsprechenden Verzeichnis der jeweiligen Autonomen Region eingetragenen Zentren vorgenommen werden.

s) Humangenetische Beratung, Vaterschaftstest, Erstellung genetischer Risikokarten zu präventiven und prognostischen Zwecken, molekulare Karyotypisierung, vergleichende Gen-Hybridisierung, Microarray-Plattformen mit automatisierter Analyse (ausgenommen Multi-Allergen Antikörper-Panel und prognostisch-prädiktive Gen-Plattform bei Brustkrebs) sowie jede andere genetische oder molekulare Technik deren Einsatz zum Zweck der Prognose oder Diagnose beantragt wird, wenn eine solche auch mithilfe anderer Mittel oder Methoden gestellt werden kann oder wenn keine Auswirkungen auf die Therapie hat.

# 6. Karenzzeiten

Sämtliche Leistungen, die DKV kraft dieser Versicherung erbringt, könne ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrags in Anspruch genommen werden.

Abweichend von diesem allgemein gültigen Prinzip gibt es allerdings Ausnahmen und für die folgenden Versicherungsleistungen gelten jeweils **Karenzzeiten**, die in der Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist, aufgeführt werden:

**1. Chirurgische Eingriffe und Krankenhausaufenthalte, chirurgische Prothesen eingeschlossen**, aus jedem Grund und jeder Art, ausgenommen bei Notfällen und bei Unfällen.

Unter Notfall wird in diesem Fall diejenige Hilfeleistung (medizinischer oder sanitärer Art) verstanden, die, wenn sie nicht unverzüglich und ohne Aufschub geleistet wird, das Leben des Patienten oder seine körperliche

Unversehrtheit gefährden oder seine Gesundheit auf Dauer ernsthaft beeinträchtigen kann.

**2. Geburtsassistenz bei jeder Art von Geburt** (ausgenommen bei Frühgeburt) **sowie Kaiserschnitt**

**3. Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie;**

**4. Transplantationen, chirurgische Korrektur von Kurz- und Weitsichtigkeit sowie Astigmatismus mit Excimerlaser**

**5. Techniken der assistierten Reproduktion**

**6. Prophylaktische Operationen zur Risikoreduzierung für Brustkrebs und für gynäkologische Krebserkrankungen**

**7. Rekonstruktive postbariatrische Operationen; Deckung besteht hier nur bei Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (Versorgungsmodalität**

**Eigenmittel) und es gilt eine Karenzzeit von 36 Monaten.**

**8. Fußchirurgie und die biomechanische Lauf- und Ganganalyse Deckung besteht exklusiv bei DKV Top Health in der Modalität Individual und nur bei Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (Eigenmittel); es gilt eine Karenzzeit von 6 Monaten.**

Die für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen geltenden Karenzzeiten gelten sowohl in der Versorgungsmodalität Eigenmittel, wofür die Bezeichnung »DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen« verwendet wird, als auch in der Versorgungsmodalität Fremdmittel, sofern diese in den Leistungen eingeschlossen ist.

# 7. Versicherungsleistungen in Abhängigkeit von der unter Vertrag genommenen Modalität der Versorgung

Die Verträge für die Leistungen zur Gesundheitsfürsorge, die in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen aufgeführt sind, können mittels eines Systems mit Eigenbeteiligung abgeschlossen werden, deren Höhe in den zu diesem Vertrag gehörenden Besonderen Vertragsbedingungen festgelegt wird.

Diese Eigenbeteiligung wird nicht erhoben, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung durch Inanspruchnahme von Leistungserbringern erfolgt, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (Versorgungsmodalität Eigenmittel).

Ebenfalls werden diese nicht erhoben für Leistungen im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt und den damit zusammenhängenden Arzt- und Operationshonoraren, die unter Inanspruchnahme von Leistungserbringern erbracht werden, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören, den sogenannten Fremdmitteln;

diese werden durch DKV Seguros zu den in diesem Vertrag festgelegten Bedingungen in vollem Umfang gedeckt.

## 7.1 Eigenbeteiligung

Bezüglich der Anwendung der Kostenbeteiligung durch Erhebung einer Eigenbeteiligung wird Folgendes festgelegt:

- a)** Die Eigenbeteiligung wird individuell von jedem einzelnen, der durch den Vertrag versichert ist, erhoben.
- b)** Der als Eigenbeteiligung festgelegte Betrag wird für jeden einzelnen der durch den Vertrag Versicherten in derselben Höhe erhoben.
- c)** Zum Ablauf der jährlichen Laufzeit des Versicherungsvertrags hat der Versicherungsnehmer die Möglichkeit, die bezüglich der Eigenbeteiligung getroffenen Regelungen zu ändern; er hat dies der Versicherung DKV Seguros schriftlich und mindestens einen Monat im Voraus mitzuteilen.

**d)** Die Höhe der Eigenbeteiligung bei Versicherungsverträgen, deren Vertragsbeginn vom ersten Januar abweicht, wird proportional zur Anzahl der Monate bis zum jährlichen Ablauf der Versicherung festgelegt.

**e)** Der als Eigenbeteiligung festgelegte Betrag wirkt sich auf den Erstattungsbetrag aus.

**f)** Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die Behandlung oder der Erwerb der Medikamente, Heil- oder Hilfsmittel stattgefunden hat.

# 8. Grundlegende Bestimmungen des Vertrages

## 8.1 Abschluss und Laufzeit des Vertrages

Der vorliegende Vertrag wurde aufgrund und in gemäß den vom Versicherungsnehmer und den versicherten Personen in dem vor Vertragsabschluss im Gesundheitsfragebogen gemachten Angaben geschlossen. Die Angaben haben zur Annahme des zu versichernden Risikos durch DKV Seguros und zur Festlegung des Versicherungsbeitrages geführt.

**Der Versicherungsvertrag und daran vorgenommene Änderungen treten erst dann in Kraft, wenn der Vertrag unterschrieben wurde und die Zahlung des ersten Beitrages erfolgt ist, es sei denn, in den Besonderen Vertragsbedingungen wurde Gegenteiliges vereinbart.**

Weicht der Inhalt des Versicherungsvertrags vom Inhalt des Versicherungsantrags oder den vereinbarten Klauseln ab, kann der

Versicherungsnehmer innerhalb einer Frist von einem Monat, beginnend mit dem Erhalt des Vertrags, DKV Seguros dazu auffordern, diese Unstimmigkeiten zu beheben.

Läuft diese Frist ab und der Versicherungsnehmer hat keine Behebung gefordert, gelten die im Vertrag festgehaltenen Regelungen.

Die Versicherung wird mit der in den Besonderen Vertragsbedingungen vorgesehenen Laufzeit abgeschlossen. Sofern nichts Gegenteiliges vereinbart wird, stimmt die Laufzeit der Versicherung mit einem Kalenderjahr überein.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr. Will DKV Seguros den Vertrag nicht verlängern oder Änderungen daran vornehmen, **kann sie der Verlängerung des Vertrags widersprechen; dies geschieht durch schriftliche Mitteilung an den Versicherungsnehmer und es ist eine Frist von mindestens zwei**

**Monaten vor Ablauf des laufenden Jahres einzuhalten.**

**Gleichfalls kann der Versicherungsnehmer der Vertragsverlängerung widersprechen. Hierfür ist eine Frist von mindestens einem Monat vor dem im Vertrag festgelegten Ablauf einzuhalten und die Mitteilung an DKV Seguros hat in einer Weise zu erfolgen, die die Führung eines Nachweises erlaubt.**

**DKV Seguros kann Versicherten, die für die Dauer von drei aufeinander folgenden Jahren ununterbrochen durch einen Vertrag versichert waren, diesen Vertrag nicht mehr kündigen.** Der Vertrag verlängert sich automatisch Jahr für Jahr, sofern keine Vertragsverletzung vonseiten des Versicherten vorliegt und sofern keine Ungenauigkeiten, Vorsatz oder Verschulden bei der Beantwortung der Fragen des zum Versicherungsantrag gehörenden Gesundheitsfragebogens vorliegen.

**Bedingung für den Verzicht von DKV Seguros auf das Recht, einer Fortsetzung des Versicherungsvertrags zu widersprechen ist, dass der Versicherungsnehmer akzeptiert, dass die Höhe des Versicherungsbeitrages jährlich schwankt aufgrund der technischen Kriterien, die unter Abschnitt 8.4 dieses Vertrages dargelegt werden sowie aufgrund**

**von Änderungen der Allgemeinen Vertragsbedingungen, die sämtlichen Versicherten unterbreitet werden, die dieselbe Versicherungsmodalität unter Vertrag genommen haben.**

## **8.2 Weitere Pflichten, Aufgaben und Rechte des Versicherungsnehmers**

Der Versicherungsnehmer oder gegebenenfalls der Versicherte hat die Pflicht:

**a)** DKV Seguros vor dem Abschluss des Vertrages mithilfe des von ihm ausgefüllten Fragebogens Angaben zu allen ihm bekannten Umständen zu machen, die Einfluss auf die Risikobewertung haben könnten. Er ist von dieser Verpflichtung befreit, falls er von DKV Seguros keinen Fragebogen erhält, oder falls er den Fragebogen erhält, es sich um Umstände handelt, welche die Risikobewertung beeinflussen können, jedoch nicht in diesem Fragebogen enthalten sind (Artikel 10 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes Ley de Contrato de Seguro).

**b)** DKV Seguros während der Laufzeit des Vertrages so früh wie möglich über eine Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes ins Ausland zu informieren, weiter über jede Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Spaniens, Änderungen der gewöhnlichen, beruflichen Beschäftigung, die

Aufnahme von mit hohem oder extremem Risiko verbundenen Freizeit- oder Sportaktivitäten, die, wenn sie DKV Seguros bei Vertragsabschluss bekannt gewesen wären, das Zustandekommen der Versicherung entweder verhindert oder zu einem Abschluss zu anderen Bedingungen geführt hätten.

**c)** Alle ihm zur Verfügung stehenden Mittel für eine baldige Genesung und zur Reduzierung der Folgen der eingetretenen Schädigung zu nutzen.

Die vorsätzliche Nichterfüllung dieser Obliegenheiten mit der Absicht, DKV Seguros zu täuschen oder zu schädigen oder um sich einen zusätzlichen Vorteil zu verschaffen, befreit DKV Seguros von jeglicher mit diesem Versicherungsfall zusammenhängenden Leistungspflicht.

**d)** Die Abtretung und Übertragung von Rechten und Ansprüchen gemäß Abschnitt 3.5 an DKV Seguros zu ermöglichen.

Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Anspruch auf Entschädigung von Dritten, geht dieses Recht in der Höhe der für die Gesundheitsversorgung erbrachten Summe auf DKV Seguros über.

### **8.3 Weitere Verpflichtungen der Versicherung DKV Seguros**

Neben der Erbringung der vertraglich vereinbarten Gesundheitsversorgung in der Modalität, die im Vertrag beschrieben wird, händigt DKV Seguros dem Versicherungsnehmer das Vertragsdokument, also die Versicherungspolice, aus.

Weiter händigt DKV Seguros dem Versicherungsnehmer für jeden der durch den Vertrag Mitversicherten die als Identifikationsmedium dienende Versicherungskarte aus, weiter Informationen zu dem für seine Wohnzone geltenden Cuadro Médico genannten Verzeichnis der vertragsgebundenen medizinischen Fachkräfte und Zentren (DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen), in dem das oder die permanent geöffneten Notfalleinrichtungen sowie die Anschriften und Sprechzeiten der medizinischen Fachkräfte enthalten sind, die Vereinbarungen mit DKV getroffen haben.

Nach dem Ablauf eines Jahres ab Vertragsabschluss oder der Aufnahme weiterer Versicherter, übernimmt DKV Seguros die Deckung für alle bereits zuvor vorhandenen Erkrankungen, sofern diese dem Versicherten nicht bekannt waren und er diese nicht absichtlich bei Beantwortung des Gesundheitsfragebogens verschwiegen hat.



#### 8.4 Bezahlung der Versicherung (Beiträge oder Prämien genannt)

Der Versicherungsnehmer ist dazu verpflichtet, in dem Moment den Erstbeitrag oder den Einmalbeitrag zu bezahlen, in dem er den Versicherungsvertrag annimmt.

Die nachfolgenden Beiträge sind jeweils bei Fälligkeit zu bezahlen.

Der Versicherungsnehmer kann eine Fraktionierung des Jahresbeitrages in halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zu bezahlende Teilbeträge beantragen.

In diesen Fällen wird der dafür vorgesehene Zuschlag erhoben. Die Fraktionierung des Versicherungsbeitrags befreit den Versicherungsnehmer jedoch nicht von seiner Pflicht, den gesamten Jahresbeitrag zu entrichten.

Ist durch das Verschulden des Versicherungsnehmers der Erstbeitrag oder der Einmalbeitrag bei Fälligkeit nicht bezahlt worden, ist DKV Seguros dazu berechtigt, den Vertrag entweder aufzulösen oder die Bezahlung des aufgrund des Vertrags fälligen Beitrags im Rahmen eines gerichtlichen Beitreibungs- und Vollstreckungsverfahrens einzufordern.

In jedem Fall gilt, sofern nichts Gegenteiliges in den Besonderen Vertragsbedingungen vereinbart wurde, für den Fall, dass der Versicherungsbeitrag nicht vor dem Eintritt eines Versicherungsfalles bezahlt worden ist, die Versicherung DKV Seguros von der Leistungspflicht befreit ist.

Wird der zweite Beitrag oder nachfolgende Beiträge oder die vereinbarten Teilbeträge nicht bezahlt, wird die von DKV Seguros gebotene Deckung einen Monat nach dem Tag der Fälligkeit außer Kraft gesetzt.

Fordert DKV Seguros die Zahlung nicht innerhalb der auf diesen Fälligkeitstermin folgenden sechs Monate ein, gilt der Vertrag als erloschen.

Ist der Vertrag nicht gemäß der zuvor genannten Bedingungen außer Kraft gesetzt worden oder erloschen, setzt die Deckung 24 Stunden nach dem Tag wieder ein, an dem der Versicherungsnehmer den Beitrag bezahlt hat.

In diesem Fall übernimmt DKV Seguros den Beitrag für den Zeitraum, in dem der Versicherungsschutz aufgrund der Nichtbezahlung außer Kraft gesetzt war.

Wurde der Vertrag außer Kraft gesetzt, gilt in jedem Fall, dass DKV Seguros ausschließlich zur Forderung des Beitrages für den laufenden Zeitraum berechtigt ist.

DKV Seguros haftet nur für die von DKV Seguros ausgestellten Rechnungen.

Wird in den Besonderen Vertragsbedingungen nichts Gegenteiliges vereinbart, wird der Beitrag per Lastschrift eingezogen.

Hierzu hat der Versicherungsnehmer DKV Seguros seine Kontoverbindungsdaten für die Abbuchungen der für diese Versicherung fälligen Beiträge mitzuteilen und seinem Finanzinstitut die Genehmigung zur Vornahme zu erteilen.

Wurde in den Besonderen Vertragsbedingungen kein Zahlungsort festgelegt, gilt der Wohnsitz des Versicherungsnehmers als Zahlungsort für die Versicherungsbeiträge.

DKV Seguros hat das Recht, bei jeder Verlängerung des Versicherungsvertrages aufgrund der versicherungstechnischen Berechnungen den Jahresbeitrag (auch Versicherungsprämie genannt) anzupassen und gegebenenfalls die Kosten pro medizinischer Handlung. Der Beitrag für jeden Versicherten wird auf der Grundlage der folgenden objektiven

Risikofaktoren berechnet: Alter und geografische Lage des Wohnsitzes.

Wenn die mathematischen, von DKV verwendeten Methoden zur Berechnung der Risikoprämie weitere objektive Risikofaktoren von Bedeutung aufzeigen, erfolgt eine Mitteilung über die Einbeziehung dieser Faktoren in die Berechnung des neuen Tarifs vor Verlängerung der Versicherung.

Bei der Berechnung des Beitrags werden zudem weitere Faktoren berücksichtigt, wie der Anstieg der Kosten für die medizinischen Versorgungsleistungen sowie die den Deckungsleistungen neu hinzugefügten technologischen Innovationen.

Im Falle der Kollektivversicherungen wird bei Erneuerungen ebenfalls das kollektive Ergebnis und die Anzahl der Prämienteilbeträge berücksichtigt.

Die für jedes Gesundheitsprodukt in der Modalität Individual derzeit gültigen Beiträge können Sie über unsere Webseite [www.dkvseguros.es](http://www.dkvseguros.es) konsultieren und ebenfalls in den Büros der Versicherung DKV Seguros .

Es werden jeweils die zum Zeitpunkt der Verlängerung gültigen Tarife berücksichtigt.

Die Höhe des Versicherungsbeitrags kann sich ebenfalls in Abhängigkeit vom

Alter und von weiteren persönlichen Umständen der Versicherten ändern.

Bei Versicherungen in der Modalität „Colectiva“, also Gruppenversicherungen, kann in einigen Bereichen eine Einteilung nach Altersgruppen vorgenommen werden. Die Beiträge können ebenfalls aufgrund von Veränderungen in der Struktur des versicherten Kollektivs Änderungen erfahren sowie bei Kostenerstattungen aufgrund der Neubewertung des maximal versicherten Kapitals. Erreicht der Versicherte während der Laufzeit der Versicherung ein Alter, das einer anderen Altersgruppe zugeordnet ist, ändert sich dementsprechend der Beitrag und es wird bei der nächsten jährlichen Verlängerung der für diese Altersgruppe gültige Beitrag erhoben.

Für die jährlichen Beitragsanpassungen unterliegt DKV Seguros keinerlei Begrenzungen. Der nach Aufnahme der entsprechenden Zuschläge festgesetzte Jahresbeitrag berücksichtigt die Prinzipien von Angemessenheit und technischer Ausgewogenheit gemäß der die Versicherungsgeschäfte regelnden Vorschriften.

Diese Berechnungen finden ebenfalls Anwendung in den Fällen, in denen der Versicherte das bereits beschriebene Recht hat, dass ihm die Verlängerung seines Vertrages vonseiten von DKV Seguros nicht mehr verweigert werden kann.

Wenn der Versicherungsnehmer von DKV Seguros die Mitteilung über die Anpassung des Beitrags für das nächste Jahr der Laufzeit erhält, kann er zwischen der Verlängerung des Vertrags und der Beendigung zum Ablauf der aktuellen Laufzeit wählen. Im zweiten Fall hat der Versicherungsnehmer seinen Wunsch, die Vertragsbeziehung zum Ende der Laufzeit zu beenden, DKV Seguros schriftlich mitzuteilen.

### 8.5 Der Verlust von Rechten

**Der Versicherte verliert das Recht auf die garantierte Leistung:**

**a) Wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die im Gesundheitsfragebogen gestellten Fragen oder solche, die ihm zur weiteren Klärung gestellt wurden, nicht wahrheitsgemäß beantwortet hat, sei es dadurch, dass er wissentlich relevante Umstände verschweigt oder dadurch, dass er bei der Bereitstellung der von ihm verlangten Daten nicht mit ausreichender Sorgfalt handelt (Artikel 10 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes).**

### 8.6 Aussetzung und Aufhebung des Versicherungsvertrages

**a) DKV Seguros hat das Recht, den Vertrag zu kündigen, indem eine schriftliche Erklärung an den Versicherungsnehmer ergeht; dies hat**

**innerhalb eines Monats zu geschehen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung Kenntnis über die verschwiegenen Umstände oder die fehlende Sorgfalt bei Beantwortung des Gesundheitsfragebogens erhalten hat (Artikel 10 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes).**

**b) Wenn sich das Risiko erhöht, durch Verlegung des ständigen Wohnsitzes ins Ausland, Änderung des Wohnsitzes innerhalb Spaniens, Änderung der beruflichen Tätigkeit, den Beginn von mit hohem oder extremem Risiko verbundenen Freizeit- oder Sportaktivitäten, hat DKV Seguros das Recht, den Vertrag zu beenden. Dies geschieht, indem eine schriftliche Erklärung an den Versicherungsnehmer ergeht; dies hat innerhalb eines Monats zu geschehen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung Kenntnis von der Erhöhung des Risikos erlangt hat. (Artikel 12 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes).**

**c) DKV Seguros hat das Recht, den Vertrag zu kündigen, wenn durch das Verschulden des Versicherungsnehmers die erste Prämie oder die Einmalprämie bei Fälligkeit nicht bezahlt worden ist.**

**Wird der zweite Beitrag oder nachfolgende Beiträge oder die vereinbarten Teilbeträge nicht bezahlt, wird die von DKV Seguros gebotene**

**Deckung einen Monat nach dem Tag der Fälligkeit dieses Beitrags oder seines Teilbetrages außer Kraft gesetzt.**

**Fordert DKV Seguros die Zahlung nicht innerhalb der auf diesen Fälligkeitstermin folgenden sechs Monate ein, gilt der Vertrag als erloschen.**

**Ist der Vertrag nicht gemäß der zuvor genannten Bedingungen außer Kraft gesetzt worden oder erloschen, setzt die Deckung 24 Stunden nach dem Tag wieder ein, an dem der Versicherungsnehmer den Beitrag bezahlt hat. Sie entfaltet jedoch keine rückwirkende Wirkung.**

## **8.7 Mitteilungen**

An DKV Seguros gerichtete Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten sind an den Sitz des Unternehmens zu richten. Unabhängig davon haben auch Mitteilungen Gültigkeit, die in einer Art und Weise, die die Führung eines Nachweises erlaubt, an den Vertreter von DKV Seguros gerichtet sind, der den Vertrag vermittelt hat.

Von einem Versicherungsvertreter im Namen des Versicherungsnehmers oder den versicherten Personen an DKV Seguros weitergeleitete Mitteilungen haben die gleiche Rechtswirkung, wie

es von diesen direkt an DKV Seguros gerichtete haben würden.

Jedoch gelten Mitteilungen, die vom Versicherungsnehmer oder den versicherten Personen an den Versicherungsvertreter gerichtet werden, so lange als nicht gemacht, bis DKV Seguros diese erhalten hat.

Mitteilungen von DKV Seguros an den Versicherungsnehmer oder die versicherten Personen werden über die vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten bereitgestellten Kontaktdaten an den Wohnsitz versandt.

### **8.8 Besondere gesundheitliche Risiken**

Der Versicherungsnehmer kann mit DKV Seguros die Deckung von Risiken vereinbaren, die durch diese Allgemeinen Vertragsbedingungen ausgeschlossen werden oder von diesen nicht ausdrücklich erfasst werden.

Diese werden »besondere gesundheitliche Risiken« genannt. Damit diese vom Versicherungsschutz erfasst werden, ist es notwendig, sie in den Besonderen Vertragsbedingungen ausdrücklich festzulegen und es ist dafür ein Zusatzbeitrag zu bezahlen.

### **8.9 Steuern und Gebühren**

Rechtmäßig übertragbare Steuern und Gebühren gehen zulasten des Versicherungsnehmers und/oder des Versicherten.

# **Anhang I: Reiseversicherung**

## 1. Einleitende Regelungen

### 1.1 Versicherte Personen

Natürliche Personen, die in Spanien ihren Hauptwohnsitz haben und Begünstigte der DKV-Krankenversicherung sind.

### 1.2 Geltungsbereich

Die Versicherung gilt weltweit und setzt ein nach Überschreiten der Grenze der Provinz, in der sich der gewöhnliche Wohnsitz des Versicherten befindet. **Ausgenommen davon sind die Deckungen, die in diesem Anhang unter den Abschnitten 2.1.1, 2.1.3, 2.1.14, 2.1.20 genannt werden sowie unter 2.1.6 und 2.1.8 bezogen auf Hotelkosten, diese gelten nicht innerhalb Spaniens und die Leistungen werden nur bei Auslandsreisen des Versicherten erbracht.**

### 1.3 Laufzeit der Versicherung

Die Laufzeit stimmt mit derjenigen der Krankenversicherung überein, die den Hauptversicherungsschutz bietet.

### 1.4 Gültigkeit

1.4 Um die garantierten Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte seinen gewöhnlichen Wohnsitz in Spanien haben und dich dort auch gewöhnlich aufhalten, sodass Reisen oder Aufenthalte außerhalb dieses gewöhnlichen Wohnsitzes **eine Dauer von 180 aufeinanderfolgenden Tagen nicht überschreiten dürfen.**

## 2. Beschreibung der Deckungen

### 2.1 Gesundheitsversorgung

2.1.1 Ausgaben für medizinische und chirurgische Versorgung, Medikamente, Versorgung und Aufenthalt im Krankenhaus sowie Transport im Krankenwagen im Ausland

DKV Seguros trägt die Ausgaben für medizinische und chirurgische Versorgung, durch einen Arzt verschriebene Medikamente, für Versorgung und Aufenthalt im

**Krankenhaus sowie für Transport im Krankenwagen, wenn diese Kosten infolge einer Erkrankung oder eines Unfalls anfallen, der sich während einer Auslandsreise ereignet; es gilt eine maximale Obergrenze von 20 000 Euro.**

**Die maximale Obergrenze dieser Deckungsleistungen gilt für jeden einzelnen Versicherten und für jeden einzelnen Versicherungsfall, der eingetreten ist.**

### **2.1.2 Ausgaben bei zahnmedizinischen Notfällen**

Treten während der Reise akute Zahnprobleme wie Entzündungen, Zahnschmerzen oder Verletzungen auf, die eine Notfallbehandlung erforderlich machen, trägt DKV Seguros die Kosten dieser Behandlung, **bis maximal 300 Euro.**

### **2.1.3 Verlängerung eines Hotelaufenthaltes im Ausland.**

Wenn der Versicherte im Ausland krank oder verletzt ist und die Rückreise nicht zum geplanten Zeitpunkt möglich ist, übernimmt DKV Seguros für den Versicherten die Aufwendungen für eine durch einen Arzt verordnete Verlängerung des Aufenthaltes in einem Hotel nach einem Krankenhausaufenthalt, **bis zu einem Betrag von 80 Euro pro Tag und bis maximal 800 Euro.**

### **2.1.4 Krankenrücktransport und Verlegung**

Erkrankt der Versicherte während einer Reise oder erleidet er einen Unfall, kümmert sich DKV Seguros um Folgendes:

- a)** Die Kosten für den Transport im Krankenwagen bis zur am nächsten gelegenen Klinik oder Krankenhaus.
- b)** Kontaktaufnahme mit dem Arzt, der den erkrankten oder verletzten Versicherten behandelt, um geeignete Maßnahmen und die am besten geeignete und durchzuführende Behandlung festzulegen sowie das am besten geeignete Transportmittel für eine mögliche Verlegung in ein anderes, besser geeignetes Krankenhaus, sofern erforderlich, oder nach Hause.
- c)** Die Kosten einer Verlegung des Verletzten oder Erkrankten mit dem am besten geeigneten Transportmittel bis zu einem anderen Krankenhaus oder den Transport nach Hause.

Sollte der Versicherte in einem Krankenhaus untergebracht sein, das nicht in der Nähe seines Wohnsitzes liegt, kümmert sich DKV Seguros zur gegebenen Zeit, wenn die Krankenhausentlassung vorliegt, um den Transport nach Hause.

Das in Europa und den Mittelmeerländern benutzte



Transportmittel ist, wenn es Dringlichkeit und Schwere des Falles erfordern, ein Spezialflugzeug für Krankentransporte.

Andernfalls und weltweit erfolgt der Transport in einem regulären Linienflugzeug oder je nach den Umständen mit dem schnellsten oder am besten geeigneten Transportmittel.

### **2.1.5 Rückführung von Verstorbenen und deren Begleitern**

DKV Seguros kümmert sich um alle Formalitäten, die am Ort des Ablebens des Versicherten zu erledigen sind und um die Rückführung und Überführung des Leichnams bis zum Bestattungsort in Spanien.

Ist der verstorbene Versicherte in Begleitung von Familienangehörigen gereist, die ebenfalls versichert sind, und können diese nicht mit den ursprünglich für die Rückreise vorgesehenen Verkehrsmitteln zurückkehren, oder weil das gekaufte Rückreiseticket dies nicht zulässt, kümmert sich DKV Seguros um deren Transport bis zum Ort des Begräbnisses oder zu ihrem Wohnsitz in Spanien.

Handelt es sich bei diesen Familienangehörigen um die Kinder des Versicherten, der verstorben ist, und sind diese jünger als 15 Jahre und gibt es keinen Familienangehörigen oder eine Person ihres Vertrauens, die die Kinder auf der Rückreise begleiten kann,

stellt DKV Seguros eine Begleitperson, die gemeinsam mit ihnen bis zum Bestattungsort oder zum Wohnsitz in Spanien reist.

### **2.1.6 Begleitung der sterblichen Überreste**

Sollte niemand da sein, der die sterblichen Überreste des verstorbenen Versicherten bei deren Überführung begleitet, stellt DKV der Person, die von den Familienangehörigen des Verstorbenen dazu bestimmt wird, ein Hin- und Rückreiseticket bereit, um diese Begleitung wahrzunehmen.

Tritt der Todesfall im Ausland ein, trägt DKV Seguros zudem die Kosten des Aufenthalts dieser Person oder stattdessen, die Kosten des Aufenthalts einer anderen Person, die bereits vor Ort ist, das sie mit dem verstorbenen Versicherten gemeinsam auf Reisen ist, sofern diese durch die Familienangehörigen als Begleitperson für den Leichnam bestimmt wurde. Es gilt **eine Obergrenze von 80 Euro pro Tag für einen maximalen Zeitraum von drei Tagen.**

### **2.1.7 Rücktransport oder Transport der weiteren Versicherten**

Ist der Transport oder Rücktransport aus dem Ausland eines der Versicherten aufgrund Krankheit oder Unfall erfolgt und verhindert dieser Umstand, dass die anderen, ebenfalls versicherten, Familienmitglieder mit den ursprünglich

vorgesehenen Mitteln die Rückkehr zu Ihrem Wohnsitz vornehmen, übernimmt DKV Seguros die Kosten für:

**a)** Die Beförderung der übrigen Versicherten bis zu ihrem gewöhnlichen Wohnsitz oder dem Ort, an dem sich der transportierte oder aus dem Ausland zurückgeholte Versicherte im Krankenhaus befindet.

**b)** Die Bereitstellung einer Person, die mit den unter dem vorstehenden Punkt a) genannten verbleibenden Versicherten reist und diese begleitet, wenn es sich dabei um die Kinder des zurücktransportierten Versicherten handelt, diese jünger als 15 Jahre sind und kein Familienangehöriger oder eine Person ihres Vertrauens vorhanden ist, die diese auf der Heimreise begleiten kann.

### **2.1.8 Reise einer Begleitperson**

Wird der Versicherte mehr als fünf Tage stationär behandelt, stellt DKV Seguros einem Familienangehörigen des Versicherten ein Hin- und Rückreiseticket zur Verfügung, damit er zu ihm reisen und ihn unterstützen kann. Sofern die stationäre Behandlung im Ausland erfolgt, trägt DKV Seguros die Kosten des Hotelaufenthalts des Familienangehörigen. Erstattet werden bei Vorlage der dazugehörigen Zahlungsbelege **bis 80 Euro täglich und maximal für zehn Tage**.

### **2.1.9 Vorzeitige Rückreise an den ständigen Wohnsitz**

Ereignet sich während einer Reise des Versicherten, bei der er sich nicht an seinem gewöhnlichen Wohnsitz aufhält, ein Brand oder ein schwerer Schadensfall, oder verstirbt ein Familienangehöriger ersten Grades, stellt DKV Seguros dem Versicherten ein Ticket für die Heimreise zur Verfügung, wenn das Ticket, das er für seine geplante Rückreise hat, eine vorzeitige Reise nicht erlaubt.

Will der Versicherte nach Klärung der für die vorzeitige Rückkehr an seinen gewöhnlichen Wohnsitz verantwortlichen Situation an den Ort zurückkehren, an dem er sich auf seiner Reise befand und diese unterbrechen musste, stellt DKV Seguros ihm erneut ein Ticket für die Rückreise an diesen Ort bereit.

### **2.1.10 Versand von Medikamenten**

DKV Seguros koordiniert den Versand von Medikamenten, die für den Heilungsprozess des Versicherten erforderlich sind und die an dem Ort, an dem dieser sich befindet, nicht erhältlich sind.

### **2.1.11 Telefonische Arztberatung**

Benötigt der Versicherte während seiner Reise ärztliche Informationen, kann er diese beantragen, indem er die Betreuungszentrale anruft.

Angesichts der Unmöglichkeit, telefonisch eine Diagnose zu stellen, ist die erhaltene Auskunft als reine Orientierungshilfe zu betrachten und es kann daher davon keine Haftung für DKV Seguros abgeleitet werden.

#### **2.1.12 Hilfe bei der Gepäcksuche**

Bei einem Verlust des Gepäcks bietet DKV Seguros Unterstützung bei Anforderung und Abwicklung der Suche und Lokalisierung an; sobald das Gepäck gefunden wurde, trägt die Versicherung die Kosten für den Versand an den Wohnsitz des Versicherten.

#### **2.1.13 Versand von Dokumenten**

Sollte der Versicherte ein Dokument benötigen, das er vergessen hat, kümmert sich DKV Seguros um die Erledigung der entsprechenden Formalitäten und leitet die notwendigen Schritte ein, damit er dieses an seinem Aufenthaltsort entgegennehmen kann.

#### **2.1.14 Aufwendungen für einen Rechtsbeistand und Vorschuss einer Prozessbürgschaft im Ausland**

Ereignet sich während der Auslandsreise ein Verkehrsunfall und muss die versicherte Person einen Rechtsbeistand hinzuziehen, übernimmt DKV Seguros die dafür anfallenden Aufwendungen **bis zu einer Höchstgrenze von 1500 Euro**.

Ist der Versicherte nicht dazu in der Lage, einen Anwalt zu beauftragen, wird DKV Seguros dies für ihn tun, ohne dass

dies jedoch dazu führt, das in Bezug auf das anwaltliche Handeln später Haftungsansprüche an die Versicherung gestellt werden können.

Fordern die zuständigen Behörden des Landes, in dem sich der Unfall ereignet hat, eine Strafkautions, streckt DKV Seguros diese vor, begrenzt auf einen **Höchstbetrag von 6000 Euro**.

Der Versicherte hat diese vorgestreckte Kautions **innerhalb einer Frist von maximal drei Monaten** zurückzuzahlen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an dem DKV den geliehenen Betrag geleistet hat. Erstatte die zuständigen ausländischen Behörden dem Versicherten den Betrag vor Ablauf dieser dreimonatigen Frist, so hat dieser den vorgestreckten Betrag umgehend an DKV Seguros zurückzuzahlen.

#### **2.1.15 Reiseberatung unterwegs**

Benötigt der Versicherte Informationen über die Länder, die er besuchen möchte, wie zum Beispiel Einreiseformalitäten, Visa, Währung, wirtschaftliches und politisches Regime, Bevölkerung, Sprache, Gesundheitslage etc., stellt DKV Seguros diese allgemeinen Informationen zur Verfügung; hierfür hat sich der Versicherte über die angegebene Rufnummer telefonisch mit der Versicherung in Verbindung zu setzen und dort um Beantwortung seiner Fragen zu bitten; die Antworten erhält

er auf Wunsch durch einen Telefonanruf oder per E-Mail.

#### **2.1.16 Zustellung von Mitteilungen**

DKV Seguros übernimmt die Zustellung dringender Mitteilungen an Familienangehörige von Versicherten, die infolge von Ereignissen gemacht werden müssen, die durch die Garantien der hier vorliegenden Versicherung gedeckt sind.

#### **2.1.17 Familienhilfe**

Bleiben infolge der für ein Familienmitglied aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes oder des Todes des Versicherten gegebenen Reisegarantie Kinder im Alter von unter 15 Jahren oder behinderte Kinder alleine zu Hause zurück und wird eine Aufsichtsperson bereitgestellt, werden die Kosten **bis zu 60 Euro pro Tag und maximal für sieben Tage getragen**.

#### **2.1.18 Sperrung von Karten**

Bei Raub, Diebstahl oder Verlust von Bankkarten sowie von anderen Karten, die von Ausstellern in Spanien ausgegeben wurden, verpflichtet sich DKV Seguros, dies dem Aussteller der Karte zur Vornahme der Sperrung mitzuteilen, wenn der Versicherte ihn dazu auffordert.

#### **2.1.19 Sperrung von Mobiltelefonen**

Meldet der Versicherte den Diebstahl oder Verlust seines Mobiltelefons, teilt DKV Seguros diesen Umstand dem

entsprechenden Telefonanbieter mit und beantragt die Sperrung des Geräts. DKV Seguros haftet in keinem Fall für eine missbräuchliche Nutzung.

#### **2.1.20 Vorauszahlung von Geldern im Ausland**

Fallen aufgrund einer im Ausland aufgetretenen Erkrankung oder eines Unfalls außergewöhnliche Kosten an, leistet DKV Seguros, wenn dies notwendig sein sollte, eine Vorauszahlung **bis maximal 1500 Euro** an den Versicherten; hierzu hat der Versicherte ein Schriftstück zu unterzeichnen, mit dem er die Schuld anerkennt oder einen Bankscheck über den als Vorauszahlung bereitgestellten Betrag beziehungsweise den Gegenwert in Euro; immer unter Berücksichtigung der in Bezug auf Devisenkontrolle geltenden Rechtsnormen.

**Der Versicherte verpflichtet sich, DKV Seguros den vorgestreckten Betrag innerhalb von maximal 30 Tagen zurückzuzahlen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung die Mittel übergeben hat.**

### **2.2 Gepäck**

#### **2.2.1 Bearbeitungskosten für verlorene Dokumente**

Gedeckt werden, **bis maximal 120 Euro**, begründete Ausgaben, die dem Versicherten während der Reise entstehen, um Ersatz für Kreditkarten,

Bankschecks, Reiseschecks, Tankkarten, Transporttickets, seinen Reisepass oder sein Visum zu erhalten, der im Zusammenhang mit Verlust oder Diebstahl steht, der im Verlauf einer Reise oder eines Aufenthaltes außerhalb seines gewöhnlichen Wohnsitzes erfolgt ist.

**Von der Deckung ausgeschlossen und folglich nicht erstattungsfähig sind Schäden infolge von Verlust, Diebstahl oder der missbräuchlichen Verwendung der vorgenannten Dokumente durch dritte Personen sowie zusätzliche Ausgaben, die nicht direkt mit der Ausstellung von Duplikaten in Verbindung stehen.**

### 2.3 Verspätungen

#### 2.3.1 Das Nichterreichen einer Anschlussverbindung aufgrund einer Verspätung des Transportmittels

Hat das öffentliche Transportmittel aufgrund einer technischen Störung, Streik, extremer Witterungsbedingungen oder Naturkatastrophen, gewaltsamem Eingreifen von Behörden oder anderer Personen, Verspätung und infolgedessen wird der planmäßige, gebuchte und im Ticket vorgesehene Anschluss an das nächste öffentliche Transportmittel unmöglich, erstattet **DKV Seguros mit der Verspätung verbundene Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro.**

## 3. Begrenzungen und leistungseinschränkende Regelungen des Vertrages

### 3.1 Ausschlüsse

**3.1.1 Die Garantien und Leistungen, die bei DKV Seguros nicht beantragt wurden und die ohne das Einverständnis der Versicherung oder nicht von ihr erbracht wurden, ausgenommen in Fällen von höherer Gewalt oder tatsächlich und nachgewiesener Unmöglichkeit.**

**3.1.2 Alle Krankheiten oder Verletzungen, die infolge von chronischen oder bereits vor der Abreise bestehender Leiden auftreten sowie damit zusammenhängende Komplikationen und Rückfälle.**

**3.1.3 Tod durch Selbstmord oder Krankheiten und Verletzungen infolge eines Selbstmordversuchs oder solcher, die der Versicherte sich absichtlich selbst zugefügt oder verursacht hat sowie diejenigen, die infolge von direkten oder indirekten kriminellen Handlungen des Versicherten eintreten.**

**3.1.4 Die Behandlung von Erkrankungen oder pathologischen Zuständen, die durch Einnahme oder Verabreichung toxischer Substanzen (Drogen), narkotisierender Substanzen oder der Verwendung und Einnahme**

von Medikamenten ohne ärztliche Verschreibung verursacht werden.

**3.1.5 Die Ausgaben für Prothesen, Brillen und Kontaktlinsen, Geburten und Schwangerschaften außer bei unvorhergesehenen Komplikationen während der ersten sechs Monate, sowie jede Art von psychischer Störung.**

**3.1.6 Ereignisse, die verursacht werden durch Wettkampfsport und geleistete Hilfe für in Seenot, Bergnot und in der Wüste in Not geratene Menschen.**

**3.1.7 Sämtliche Arten von ärztlichen, medizinischen oder pharmazeutischen Aufwendungen mit einem Betrag von unter 10 Euro.**

**3.1.8 Die Kosten für Bestattung und Trauerfeier.**

**3.1.9 Schadensfälle, die eintreten im Zusammenhang mit Kriegen, Pandemien, Demonstrationen, Volksbewegungen, Terrorakten, Sabotageakten, Streiks, Festnahmen durch Befehlsgewalt aufgrund von Straftaten, die nicht die Folge von Verkehrsunfällen sind, Beschränkungen der Bewegungsfreiheiten oder jeder anderen Art höherer Gewalt; es sein denn, der Versicherte weist nach, dass der eingetretene Schadensfall nicht mit einem der vorgenannten Umstände in Zusammenhang steht.**

**3.1.10 Schadensfälle aufgrund von Bestrahlung infolge von nuklearer Transmutation oder Kernzerfall oder Radioaktivität sowie Schadensfälle infolge von biologischen oder chemischen Stoffen.**

**3.1.11 Schäden, die vorsätzlich vom Versicherten verursacht werden oder infolge seiner groben Fahrlässigkeit entstehen.**

## **4. Zusatzbestimmungen**

Bei Telefonanrufen, mit denen die Inanspruchnahme der hier genannten Versicherungsgarantien angefordert wird, ist der Name des Versicherten, die Nummer des Krankenversicherungsvertrags oder die Nummer der Gesundheitskarte, der Ort, an dem sich der Versicherte befindet, eine Telefonnummer zur Kontaktaufnahme und die Art der Hilfe, die benötigt wird, anzugeben.

Für eintretende Verzögerungen oder eine Nichterfüllung aufgrund von höherer Gewalt oder verwaltungstechnischer oder politischer Besonderheiten eines bestimmten Landes wird keine Haftung übernommen. Sollte ein direktes Eingreifen nicht möglich sein, werden dem Versicherten bei seiner Rückkehr nach Spanien oder falls erforderlich, sobald er sich in einem Land befindet, in dem die vorstehend genannten

Umstände nicht gegeben sind, die entstandenen Kosten für von der Versicherung gedeckte Leistungen nach Vorlage der entsprechenden Nachweise erstattet.

Medizinische Handlungen und ein Krankenrücktransport dürfen erst nach erfolgter Rücksprache zwischen dem Arzt des Krankenhauses, in dem sich der Versicherte befindet und der ihn behandelt, und dem Ärzteteam von DKV Seguros vorgenommen werden.

Hat der Versicherte Anspruch auf Erstattung des nicht in Anspruch genommenen Anteils seines Tickets, da er den durch die Versicherung gedeckten Rücktransport in Anspruch nimmt, hat er den Erstattungsbetrag an DKV weiterzugeben.

Die in den garantierten Deckungen festgelegten Entschädigungsleistungen sind in jedem Fall nur eine Ergänzung zu den Verträgen, die der Versicherte gegebenenfalls zur Deckung derselben Risiken abgeschlossen hat, sowie der Leistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung oder eines anderen kollektiven, der Gesundheitsversorgung dienenden Systems.

Die Rechte und Aktionen, die dem Versicherten zustehen aufgrund der Umstände, die zur Erbringung der Versicherungsleistung geführt haben,

gehen in Höhe der für die Leistungen bezahlten Summen auf DKV Seguros über.

**Um die mit den vorgenannten Deckungen verbundenen Leistungen von DKV Seguros zu erhalten, ist es unabdinglich, dass der Versicherte die Intervention der Versicherung beim Eintritt des Ereignisses beantragt; dazu ist die folgende Rufnummer zu wählen: +34 913 790 434.**





**Der Versicherungsnehmer erklärt zum Zweck der in Artikel 3 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes, Ley de Contrato de Seguro, getroffenen Regelungen, dass er eine Ausfertigung der hier vorliegenden und zum Vertrag gehörenden Allgemeinen Vertragsbedingungen und der dazugehörigen Anhänge erhalten hat. Durch die Leistung seiner Unterschrift nimmt er diese an. Mit seiner Unterschrift bestätigt er weiter sein Einverständnis mit den darin enthaltenen begrenzenden und eingrenzenden Klauseln und insbesondere mit den unter Abschnitt 5 ausdrücklich hervorgehobenen und separat aufgeführten Ausschlüsse von der Leistungspflicht. Er kennt dessen Inhalt und hat ihn verstanden, da er ihn gelesen hat.**

Der Versicherungsnehmer

Der Versicherte

Für DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.  
Dr. Josep Santacreu  
CEO

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line that curves upwards and then loops back down to cross itself, forming a stylized, abstract shape.

900 814 390 | [dkv.es](http://dkv.es)



Laden Sie unsere  
Apps herunter



Telefonische Beratung  
durch:

Fundación

**INTEGRALIA DKV**

## OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Verantwortungsvoll im Umgang mit  
Ihrer Gesundheit, mit der Gesellschaft  
und mit unserer Erde.



Gesundes Unternehmen



DKV, das von Versicherungsmaklern  
am besten bewertete Unternehmen  
im Sektor der individuellen Gesundheit.

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E. Torre DKV, Avda. María Zambrano 31,  
50018 Zaragoza, eingetragen im Handelsregister der Provinz Saragossa,  
Band 1.711, Bogen 214, Blatt Nr. Z-15.152, span. Steuer-ID CIF A-50004209.