

Versicherung für **Ä**rztliche **V**ersorgung

MEDIFIATC[®]

FIATC 
VERSICHERUNGEN

INHALTSVERZEICHNIS DER VERSICHERUNGSPOLICE FÜR ÄRZTLICHE VERSORGUNG MEDIFIATC

	Artikel	Seite
ALLGEMEINE BEDINGUNGEN		1
ZUGRUNDELIEGENDER RECHTSRAHMEN.....	1	1
EINLEITENDE BEGRIFFSERLÄUTERUNG.....	2	1
GEGENSTAND DER VERSICHERUNG.....	3	3
BESCHREIBUNG DES VERSICHERUNGSUMFANGS	4	5
ZWEITE DIAGNOSE	5	10
ANSPRUCH AUF DIE IN DEN USA VEREINBARTEN MEDIZINISCH-STATIONÄREN LEISTUNGEN.....	6	10
VORGEHENSWEISE BEI LEISTUNGEN	7	11
WARTEZEITEN	8	12
DIE KUNDENGERECHTE INDIVIDUELLE KRANKEN-VERSICHERTENKARTE VON MEDIFIATC	9	12
DAUER DES VERSICHERUNGSVERTRAGS	10	13
ZAHLUNG DER VERSICHERUNGSPRÄMIEN	11	13
EINZUGSERMÄCHTIGUNG	12	13
ANDERE PFLICHTEN, AUFGABEN UND BEFUGNISSE DES VERSICHERUNGSNEHMERS ODER DER VERSICHERTEN PERSON.....	13	14
ANDERE PFLICHTEN, AUFGABEN UND BEFUGNISSE DES VERSICHERUNGSGEBERS	14	14
RECHTSVERLUST	15	15
UNWIDERLEGBARKEIT DES VERTRAGS	16	15
MITTEILUNGEN UND ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH.....	17	15
BERECHNUNGSGRUNDLAGE UND JÄHRLICHE AKTUALISIERUNG VON PRÄMIEN UND LEISTUNGEN	18	16
VRA-SYSTEM SYSTEM	19	16
ZUSÄTZLICHE GARANTIE DER REISEVERSORGUNG IM AUSLAND	20	17
BESCHWERDEBUCH	21	21
DATENSCHUTZKLAUSEL		21
LETZTE ZUSÄTZLICHE KLAUSEL: BESCHWERDEINSTANZEN.....		22



VERSICHERUNGEN

Diagonal, 648 - 08017 Barcelona
Tel. 932 052 213 - Fax 932 052 767

FIATC MF ist im Sonderregister für Versicherungsgesellschaften (Registro Especial de Entidades Aseguradoras por R.O.) des Königlichen Erlasses vom 11 April 1930 eingetragen. Die vom Gesetz vorgeschriebenen Depositen sind errichtet worden. Die Richtlinien des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG) stehen Ihnen auf der Web-Seite www.fiatc.es und in unseren Geschäftsstellen zur Verfügung.

MEDIFIATC[®]

VERSICHERUNG FÜR ÄRZTLICHE VERSORUNG

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

ARTIKEL 1 ZUGRUNDELIEGENDER RECHTSRAHMEN

Der mit FIATC VVaG und Rückversicherung auf Festprämie abgeschlossener Versicherungsvertrag richtet sich im Einzelnen nach den Bestimmungen des Gesetzes für Versicherungsverträge 50/1980 (Ley de Contrato de Seguros) vom 8 Oktober und nach dem Gesetz für Anordnungen und Aufsicht der Privatversicherungen 30/1995 (Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados) vom 8 November, und im Allgemeinen nach sonstigen Anordnungen, die die Pflichten und Rechte beider Vertragsparteien regeln.

FIATC VVaG UND RÜCKVERSICHERUNG AUF FESTPRÄMIE hat ihren Gesellschaftssitz in Spanien und unterliegt der Generaldirektion für Versicherungen (Dirección General de Seguros).

ARTIKEL 2 EINLEITENDE BEGRIFFSERLÄUTERUNG

AMBULANTE KRANKENHAUSEINWEISUNG: Ist die Belegung eines Bettes in einer Gesundheitseinrichtung oder eines Krankenhauses für einen Zeitraum von weniger als 24 Stunden und normalerweise übernachtet der Patient zu Hause.

ARZT: Person mit absolviertem Staatsexamen und Doktorarbeit, die gesetzlich befugt ist, jegliche ärztliche Versorgung auszurichten.

AUSSCHLÜSSE: Sind die vertraglichen Klauseln, die einige versicherbare Garantien auslassen.

BESONDERE UNTERSUCHUNGEN: Die charakteristischen Untersuchungen eines medizinischen Fachgebietes und die besonderer Techniken oder Geräte bedürfen.

CHIRURGISCHER EINGRIFF: Von einem Chirurgen durchgeführte Operation, mittels Inzision oder anderen internen Eingriffen, die normalerweise eines Operationssaals bedürft.

ERBKRAKHEIT: Ist eine angeborene Krankheit, die entweder vererbt oder in der Gebärmutter entstanden ist.

EXTREMER ODER VITALER NOTFALL: Wenn in einer Notfallsituation ein hohes und unmittelbares Sterberisiko, schwere Verletzungen oder Versagen vorliegen, die schnellst möglicher Behandlung bedürfen.

FACHARZT: Ist ein Arzt mit gesetzlich geregelterm Diplom für das zu behandelnde medizinische oder chirurgische Fachgebiet.

FAMILIENMITGLIEDER: Ist die vom Hauptversicherten und von ihm abhängigen Versicherten gebildete Gruppe von Personen.

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN: Ist das Dokument, wo alle für den Versicherungsgeber notwendigen Daten für die Bewertung eines Risikos aufgeführt werden, und den der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person wahrheitstreu und genau auszufüllen hat.

GESUNDHEITSFÜHRER DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT: Ist die letzte veröffentlichte, und daher gültige, Liste der Fachleute und medizinischen Zentren, die FIATC angeschlossen sind und die diese der versicherten Person zur Verfügung stellt. Vor Nutzung einer dieser Leistungen oder Aufsuchen dieser Stellen, sollte die Gültigkeit der in ihr vorhandenen Daten bestätigt werden, da sie Veränderungen unterliegen.

HAUSBESUCH BEI NOTFALL: Ist die Betreuung der versicherten Person am Wohnort durch einen Allgemeinarzt, einen Kinderarzt oder Kinderpfleger und einem Krankenpfleger bei Notfällen.

KRANKENHAUSEINWEISUNG: Eine Krankenhauseinweisung wird als solche betrachtet, wenn eine Person als Patient eingetragen und für einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden eingewiesen ist.

KRANKENHAUSEINWEISUNGEN IN SPEZIALEINHEITEN: Ist die Belegung eines Krankenhausbettes, die sich sowohl bezüglich der angewandten technischen und ärztlichen Mittel als auch der gebrauchten Krankenpflege, von einer allgemeinen oder gewöhnlichen Krankenhauseinweisung unterscheidet. Diese Spezialeinheiten sind grundsätzlich vorgesehen für: die Beaufsichtigung und intensive Behandlung von Schwerkranken oder Risikopatienten (Intensivstation, koronare Herzkrankheit, Neonatologie); die spezifische Behandlung von bestimmten Krankheiten und Verletzungen (Brandopferstation, Einheit für Wirbelsäulenverletzung); die Isolation von Patienten aufgrund einer Infektionskrankheit, da diese ansteckungsgefährdend sind (Station für Infektionskrankheiten, Station für die Behandlung mit radioaktiven Isotopen), oder aufgrund einer Immunschwäche, da sie selbst ansteckungsgefährdet sind (Isolationsstation für Transplantationpatienten).

KRANKENHAUS ODER KRANKENHAUSZENTRUM: Sind alle gesetzlich zugelassenen, öffentlichen oder privaten Einrichtungen zur ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder Verletzungen, und die mit Mitteln für die Diagnose, chirurgische Eingriffe und die Einweisungen für einen Zeitraum über 24 Stunden ausgestattet sind. Diese Zentren können auch über Spezialeinheiten für Tages- oder Mehrtageeinweisungen verfügen.

Hinsichtlich dieser Versicherungspolice werden Hotels, Pflegeanstalten, Erholungsheime, Kurhäuser, Einrichtungen, die sich hauptsächlich mit der Behandlung von chronischen Krankheiten, Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus, oder ähnliche, nicht als Krankenhäuser angesehen.

KRANKENPFLEGE AM WOHNORT: Ist die ärztliche Betreuung und Krankenpflege mit Hilfe der Familie, wenn der Patient zu Hause bettlegig ist. Diese erlaubt die Versorgung bei Krankheiten, bzw. chronischen Verletzungen, oder die Genesung nach einem chirurgischen Eingriff ohne Krankenhauseinweisung.

KRANKENPFLEGER/IN: Ist ein/e Diplomkrankenpfleger/in, der/die gesetzlich befähigt und berechtigt ist, sich bei Krankheit oder Verletzung um die Krankenpflege zu kümmern, für die in der Versicherungspolice eine Leistung garantiert wird.

KRANKHEIT ODER VERLETZUNG: Jede Veränderung des Gesundheitszustandes, deren Befund und Bestätigung durch einen gesetzlich anerkannten Arzt durchgeführt wird und die zum ersten Mal in der Laufzeit der Versicherungspolice aufgetreten ist.

LEISTUNGSEMPFÄNGER: Ist die natürliche oder juristische Person, Hauptbegünstigter der Leistungen oder des Schadensersatzes.

NOTFALL: Ist das Auftreten einer unerwarteten, schlagartigen und kritischen Veränderung des Gesundheitszustandes, die das Leben oder die Körperfunktionen des Patienten bedroht.

OSTEOSYNTHESEMATERIAL: Ist das für die Befestigung beider Enden eines gebrochenen Knochens angewandte Material.

PRÄMIE: Ist der Preis der Versicherung. In der Versicherungspolice oder Quittung werden die aufgrund der geltenden Gesetzgebung zu beziehenden Aufschläge oder Steuern aufgeführt.

PROTHESE: Jegliches Element, das einen fehlenden Körperteil ersetzt, bzw. Voll- oder Teilfunktion eines Organs übernimmt.

SCHADEN: Ein Schaden liegt vor, wenn ein Ereignis die Anwendung einer der in der Versicherungspolice abgemachten Leistungen mit sich bringt.

SCHON VORHANDENE KRANKHEIT, DEFECT ODER MISSBILDUNG: Ist die Gesundheitsveränderung, die vor Vertragsabschluss oder Versicherungseintritt vorhanden war und deren Anzeichen oder Symptome im Regelfall zu bemerken waren, unabhängig von einem ärztlichen Befund.

SELBSTBETEILIGUNG: Ist die eigens mit der versicherten Person vereinbarte und zu übernehmende Menge oder Prozentsatz als Eigenbeteiligung an den Kosten der Gesundheitsversorgung.

SONDERBETREUUNG AM WOHNORT: Ist die Betreuung der versicherten Person durch einen Allgemeinarzt, Kinderarzt oder Kinderpfleger und einen Krankenpfleger an dem im Vertrag aufgeführten Wohnort, wenn die Pathologie des Erkrankten keine Krankenhauseinweisung benötigt und immer dann, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt. Weder Ausgaben für soziale Betreuung, Hotel und Gaststätten, Wäsche, Lebensmittel, Arzneimittel, vom Sanitärer benötigtes Material oder die nicht spezifischen Versorgungsmaßnahmen der medizinischen Fachperson, noch ein fortgesetzter Aufenthalt des Gesundheitspersonals am Wohnort der versicherten Person, werden übernommen.

SPRECHSTUNDE: Von einem Arzt gewöhnlich durchgeführte Betreuung und Untersuchung eines Kranken, um, mit oder ohne Unterstützung anderer zusätzlicher Diagnoseproben, einen Befund oder eine Prognose zu erhalten oder eine Behandlung zu verschreiben.

UNFALL: Unter Unfall ist die Verletzung des Körpers innerhalb der Laufzeit der Versicherungspolice durch ein von aussen wirkendes, gewaltsames, plötzliches und von ihm ungewolltes Ereignis zu verstehen.

VERFAHREN: Ist die Gesamtheit der ärztlichen Tätigkeiten, die die Diagnose und die Behandlung einer einzigen Krankheit, Beratung, Probe, Radiologie oder anderer Diagnosemittel ausmachen, aber auch chirurgische Behandlungen, Krankenhauseinweisung und Rehabilitation für jeden Einzelfall.

VERSICHERTE PERSONEN: Sind die natürlichen Personen für deren Gesundheitszustand die Versicherung geschlossen wird. Diese müssen in Spanien wohnhaft sein.

VERSICHERUNGSGEBER ODER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT: FIATC, VVaG und Rückversicherung auf Festprämie (von nun an FIATC) übernimmt als Versicherungsgesellschaft die in diesem Vertrag vereinbarten Risiken.

VERSICHERUNGSNEHMER: Ist die natürliche und juristische Person, die zusammen mit FIATC den Versicherungsvertrag unterzeichnet, und die der aus diesem hervortretenden Verpflichtungen obliegt, ausgenommen derer, die die versicherte Person übernimmt.

VERSICHERUNGSPOLICE: Die Gesamtheit der Unterlagen, die die Bedingungen beinhalten und die wiederum die Versicherung regeln. Zur Versicherungspolice gehören sowohl die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen, die Sonder- und Zusatzbedingungen, der Anhang oder Zusatzklauseln, die die Unterlagen begleiten, um sie zu ergänzen oder zu verändern, als auch der GESUNDHEITSFÜHRER der Versicherungsgesellschaft und die kundengerecht angefertigte INDIVIDUELLE KRANKENVERSICHERTENKARTE.

WARTEZEIT: Ist der Zeitraum der in der Versicherungspolice vermerkten aufeinanderfolgenden Tage (vom Datum des Inkrafttretens der Versicherung aus gezählt), in dem die Leistungen der Police bei Versicherungsfall nicht zulässig sind.

WOHNORT DES VERSICHERUNGSNEHMERS UND DER VERSICHERTEN PERSON: Ist der in den Sonderbedingungen der Versicherungspolice aufgeführte Wohnort. Das ist der Ort, der bei Betreuung am Wohnort berücksichtigt wird.

ARTIKEL 3 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Erstens: Gedeckte Risiken.- Der Versicherungsgeber gewährt der versicherten Person **die medizinische, ärztliche und chirurgische Versorgung** bei allen Krankheiten und Verletzungen, die in den Besonderheiten und Modalitäten der Beschreibung der Leistungen in der Versicherungspolice aufgeführt sind

und mit Inbezugnahme der darin festgelegten Einschränkungen und Bedingungen, wie auch für jeden Fall anzuwendenden Prämie.

Die Gesundheitsversorgung bei einem **Arbeitsunfall** und die durch **Kfz-Haftpflichtversicherung** gedeckten sind ebenfalls ausdrücklich inbegriffen. FIATC subrogiert in alle Rechte und Handlungen der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers, wenn ein Dritter der zivilrechtliche Verursacher ist.

Allenfals übernimmt der Versicherungsgeber die notwendige Notversorgung in Übereinstimmung mit den Bedingungen in der Versicherungspolice.

Sollte ein Schadenersatz in Form von Bargeld anstelle der Leistung der Gesundheitsversorgung vorgezogen werden, wird dieser keineswegs gewährt.

Zweitens: Ausgeschlossene Risiken.- Die aus folgenden Ereignissen hervortretenden Kosten werden nicht gedeckt:

- a) Sowohl die geleistete Gesundheitsversorgung von **Ärzten, Ämtern und Gesundheitseinrichtungen, die FIATC nicht angeschlossen sind, als auch die von diesen evtl. verschriebenen Arzt- oder Krankenhauskosten oder andere Entschädigungsleistungen, die FIATC nicht ausdrücklich gebilligt hat.**
- b) **Schäden in Folge von Kriegen, Aufständen, Revolutionen und Terrorismus; Schäden verursacht durch öffentlich bekannt gemachte Epidemien und solche die direkt oder indirekt in Beziehung stehen zu radioaktiver Strahlung, wie auch solche die von Naturkatastrophen stammen (Erdbeben, Überschwemmungen und anderer seismischer oder meteorologischer Phänomene).**
- c) **Die Gesundheitsversorgung, die sowohl aus Behandlungen gegen das Immunschwäche-Syndrom (Aids) hervorgehen, als auch der gegen Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit.**
- d) **Die Gesundheitsversorgung von Verletzungen aufgrund von Trunkenheit, Schlägereien (ausgenommen es handelt sich um Notwehr), Selbstverletzung oder Selbstmordversuch.**
- e) **Die Gesundheitsversorgung, die bei beruflicher oder privater Ausübung folgender Aktivitäten hervorgeht: Luft- und Kampfsportarten, Klettern, Höhlenforschung, Motorsportrennen, Rugby, Reitsport, die so genannten Abenteuersportarten, Stierkampf oder das Eintreiben von wildem Rindvieh.**
- f) **Die Krankheiten oder Verletzungen und ihre Folgeerscheinungen, die vor Inkrafttreten der Versicherungspolice entstanden sind (auch wenn keine konkrete Diagnose erstellt worden sein sollte).**
- g) **Dialysebehandlung und künstliche Niere bei irreversiblen und chronischen Fällen.**
- f) **Prothesen aller Art, ausgenommen der internen Traumaprothesen und -befestigungssysteme, Herzklappen, Schrittmacher und Gefäßbypass, mit einer Preisgrenze pro Eingriff, die in der VERSICHERUNGSPOLICE einzeln aufgeführt wird und deren Kauf unbedingt über FIATCs Versorgungsorganisation (Organización Asistencial FIATC) vermittelt werden muss.**
- i) **Schönheitschirurgie und -behandlungen, ausgenommen der Verletzungen in folge eines Unfalls in der Laufzeit der Versicherung.**
- j) **Jede Art von Organtransplantation.**

BEMERKUNG: Die im Versorgungsbereich der Medizin ggf. neu erscheinenden zusätzlichen Techniken für Diagnosen oder Therapien sind nicht im Versicherungsumfang enthalten. Der traditionellen Richtlinie FIATCs folgend wird diese die möglichen Neuheiten, nach Überprüfung ihrer Zweckmäßigkeit und ihrer Wirksamkeit, in die Versicherungspolice hinzufügen.

ARTIKEL 4 BESCHREIBUNG DES VERSICHERUNGSUMFANGS

ERSTENS: GARANTIE DER VOLLSTÄNDIGEN LEISTUNGEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Der Vertrag berechtigt zu folgenden Leistungen:

1) PRIMÄRMEDIZIN

- Allgemeinmedizin, Betreuung in der Arztpraxis und am Wohnort.
- Kinderarzt oder -pfleger für Kinder unter vierzehn Jahren. Betreuung in der Arztpraxis und am Wohnort. Inklusive der Behandlung der Frühgeborenen im Krankenhaus.
- Betreuung durch einen Krankenpfleger. In der Arztpraxis und am Wohnort (wenn der Erkrankte bettelegig ist und von einem Arzt der Versicherungsfirma eine Verordnung vorangegangen ist).

2) NOTFÄLLE

Die Notfallversorgung wird **am Wohnort** vollzogen, wenn es der Gesundheitszustand des Patienten erfordert. Diese wird vom Dauernotfalldienst am Wohnort (Servicio de Urgencia Permanente Domiciliaria) geleistet, den die Versicherungsgesellschaft dafür vorgesehen hat und der im Gesundheitsführer der Versicherungsgesellschaft und auf der Rückseite der kundengerechten individuellen Krankenversichertenkarte aufgeführt ist. Dort steht auch die Telefonnummer des Telefondienstes für FIATCs 24 STUNDEN- NOTFALL UND ÄRZTLICHE BETREUUNG (Urgencias y Atención Médica 24 horas).

Ausserdem wird die Möglichkeit dieser Versorgung in Übereinstimmung mit der versicherten Person und einem im Gesundheitsführer aufgeführten Arzt gewährleistet (auch wenn keine Pflicht zur Durchführung vorhanden ist).

Der **Notfalldienst für Reisende** innerhalb des Staatsgebiets und im Ausland wird ebenfalls durch die besondere Leistung der **Reisegesundheitsversorgung im Ausland** gedeckt. Die Telefonnummer für diese Leistung ist gleichfalls auf der Rückseite der kundengerechten Krankenversichertenkarte verzeichnet.

3) ÄRZTLICHE UND CHIRURGISCHE FACHGEBIETE

- Allergologie. **Die Kosten der Impfungen übernimmt die versicherte Person.**
- Klinische Proben.
- Pathologische Anatomie.
- Anästhesiologie und Wiederbelebung. Beinhaltet alle Art von Betäubungen die Ärzte der Versicherungsgesellschaft verschreiben, auch die Epiduralanästhesie bei Geburten.
- Angiologie und Gefäßchirurgie
- Kreislaufsystem. Kardiologie.
- Verdauungssystem.
- Atmungssystem. Pneumologie. **(Ausgeschlossen sind die Schlafstörungenstudien)**
- Klinische Biochemie.
- Allgemeinchirurgie.
- Kieferchirurgie
- Kinderchirurgie. **(Ausgenommen der Fötalchirurgie).**
- Plastisch reparatorische Chirurgie. **(Ausgenommen der rein ästhetischen Chirurgie).**
- Thoraxchirurgie.
- Herzkreislaufchirurgie.
- Dermatologie, chirurgisch-ärztlich und venerisch. **Sowohl die Sprechstunden und die Behandlungen von kosmetisch und/oder ästhetischen Versorgungs, als auch die für die androgenische Alopezie sind hiervon ausgeschlossen.**
- Endokrinologie und Ernährung **(Wobei die Behandlungen für eine Pathologie, die keine tiefliegende organische Ursache hat, ausgeschlossen sind).**
- klinische Pharmakologie.

- Geriatrie (**Ausgeschlossen ist die Krankenpflege und die Einweisung aus gesundheitlich-sozialen Gründen**).

- Gynäkologie und Geburtshilfe. Die Beaufsichtigung der Schwangerschaft durch einen Geburtshelfer und die Betreuung seinerseits mit der Hilfe einer Hebamme während der Entbindung.

(Die Anzahl der Ultraschalluntersuchungen beschränkt sich auf höchstens 3 bei einer normalen und 5 bei einer schweren Schwangerschaft).

Bei Familienplanung ist die Tubenligatur und die Anbringung und Kontrolle einer Spirale (Intrauterinpeessar) miteingeschlossen. (Die Kosten der Spirale übernimmt die versicherte Frau).

Ebenfalls eingeschlossen ist eine jährliche Untersuchung der versicherten Frau beim Frauenarzt, eines Frauenarztes der in im Gesundheitsführer aufgeführt ist (eine klinische Untersuchung und eine Zytologie).

- Bei Zeugungsunfähigkeit und Unfruchtbarkeit ist jegliche Betreuung, Untersuchung oder Vorgang zur Behebung dieser ausgeschlossen.

- Hämatologie und Hämotherapie.

- Immunologie. **Die Impfungen gehen auf Kosten der versicherten Person.**

- Sport- und sportwissenschaftliche Medizin.

- Intensive Medizin.

- Innere Medizin.

- Nuklear- Medizin.

- Mikrobiologie und Parasitologie.

- Nephrologie.

- Neurochirurgie.

- klinische Neurophysiologie.

- Neurologie.

- Odonto-Stomatologie. Nur die Sprechstunden, Mundhöhlenheilungen und Zahnentfernungen werden übernommen. **Ausgeschlossen sind sowohl Zahnfüllungen, Prothesen, Zahnspangen, Endodontie und Parodontologie, als auch Zahnreinigungen.**

- Ophthalmologie.

- medizinische Onkologie.

- strahlenbehandelte Onkologie.

- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.

- Pädiatrie.

- Psychiatrie. **(Ausgeschlossen sind Tests, Einzel- und Gruppentherapien und Behandlungen aufgrund einer Drogenabhängigkeit oder Alkoholismus).**

- Röntgendiagnostik.

- Rheumatologie.

- Traumatologie und orthopädische Chirurgie.

- Urologie. Mit vorangehender Bewilligung der Versicherungsgesellschaft ist vom 45. Lebensjahr an, die urologische Untersuchung mitinbegriffen. Hierzu zählt Sprechstunde, Bericht, Ultraschalluntersuchung der Nieren, Blase und Prostata, PSA (prostaspezifisches Antigen) und ggf. ein transrektaler Ultraschall, aber auch eine **Vasektomie**.

4) DIAGNOSEMETHODEN

a. GRUNDDIAGNOSEN

- KLINISCHE, BIOCHEMISCHE, HÄMATOLOGISCHE, MIKROBIOLOGISCHE, PARASITOLOGISCH, PATHOLOGISCH-ANATOMISCHE, ZYTOLOGISCHE PROBEN UND DREIFACH-SCREENING.

- RADIOLOGIE: jede Art der Strahlenuntersuchung aus diagnostischen Gründen.

b. SPEZIALTECHNIKEN FÜR DIE DIAGNOSE

- DOPPLER-KARDIOGRAPHIE, ULTRASCHALL, ELEKTROKARDIOGRAPHIE, ELEKTROENZEPHALOGRAMM, ELEKTROMYOGRAPHIE, SPIROMETRIE, FIBERENDOSKOPIEN.

- FRUCHTWASSERUNTERSUCHUNG: Sie wird von FIATC nur in den folgenden Fällen gewährleistet:

a) Wenn urkundlich belegt werden kann, dass eine Missbildung des Fötus während der Schwangerschaft vor-
handen ist.

b) Wenn sie als Beurteilung eines Einzelfallrisikos durch eine ärztliche Verordnung für notwendig erwo-
gen wird.

- KNOCHENDICHTEMESSUNG. Es wird eine Untersuchung pro Versicherte und Jahresversicherung gewähr-
leistet.

- ANDERE ZUSÄTZLICHE HIGH-TECH-DIAGNOSEMETHODEN: DIGITALE ARTERIOGRAPHIE, BELAS-
TUNGS-EKG, VASKULÄRE HÄMODYNAMIK, HOLTER-EKG, SZINTIGRAPHIE, KERNRESONANZ, COM-
PUTERTOMOGRAPHIE.

* In allen Fällen ist unter ärztlicher Verordnung, die Verordnung von Ärzten aus den gültigen GESUNDHEITSFÜHRERN
FIATCs zu verstehen.

* **Die Kontrastmittel gehen zu Lasten der versicherten Person, ausgenommen diese liegt im Krankenhaus oder es handelt sich um RADIOAKTIVE ISOTOPE, die als zusätzli-
che Diagnosemethode gewährleistet wird, sowohl im Krankenhaus, als auch außerhalb
des Krankenhauses.**

5) KRANKENHAUSEINWEISUNG

Alle Leistungen der Krankenhauseinweisung müssen von Ärzten des Gesundheitsführers von FIATC ange-
fordert werden. Die Einweisung erfolgt in von der Versicherungsgesellschaft festgelegten klinischen Zentren und
Krankenhäusern. **In allen Fällen ist die Krankenhauseinweisung aus sozialen Gründen aus-
geschlossen.**

a) **KRANKENHAUSEINWEISUNG FÜR EINEN CHIRURGISCHEN EINGRIFF**, wobei die kranke Person ein
Einzelzimmer mit einem Bett für die Begleitperson belegt. Zu Lasten der Versicherungsgesellschaft gehen alle
Kosten des Krankenhausaufenthalts, Verpflegung des Kranken und notwendige Arzneien und Behandlungen. Diese
Leistung hat keine jährliche Tagesaufenthaltsbegrenzung.

b) **ÄRZTLICHE KRANKENHAUSEINWEISUNG**. Diese wird mittels einer vorangehenden Verordnung von-
seitens eines zur Versicherungsgesellschaft gehörenden Arztes in ein Einzelzimmer mit Bett für die Begleitperson
durchgeführt. Die Versicherungsgesellschaft übernimmt die Kosten für den Krankenhausaufenthalt, die Verpflegung
des Kranken und notwendige Arzneien und Behandlungen. **Diese Leistung hat allgemein keine jähr-
liche Tagesaufenthaltsbegrenzung.**

Bei den sozialen und irreversiblen Pflegefällen wird die Dauer des Aufenthalts durch die medizinischen
Kriterien der Ärztedirektion der Versicherungsgesellschaft bestimmt, **wobei die Höchstdauer des
Aufenthalts bei 60 Tagen pro Jahr und versicherter Person liegt.**

c) **KRANKENHAUSEINWEISUNG BEI MUTTERSCHAFT**, erfolgt in ein Einzelzimmer mit einem Bett für
die Begleitperson. Die Versicherungsgesellschaft übernimmt die Kosten für den Krankenhausaufenthalt, Arzneien,
Anästhesie und **Brutkasten. Die Höchstaufenthaltsdauer bei einer normalen Geburt beträgt
3 Tage, bei Kaiserschnittgeburten 6 Tage. (Ausgenommen der speziellen Fälle, die auf
ärztliche Anordnung einen längeren Aufenthalt bedürfen).**

d) **KRANKENHAUSEINWEISUNG IN DIE INTENSIVSTATION**. Die Kosten für den Krankenhausaufenthalt,
Arzneien und Behandlung gehen zu Lasten der Versicherungsgesellschaft. Die Aufenthaltsdauer ist abhängig davon,
ob der pathologische Prozess unter dem der Erkrankte leidet reversibel ist oder nicht. Sollte der Erkrankte, der
Meinung des Chefarztes der Intensivstation nach, nicht mehr gesund werden, dann ist die Aufenthaltsdauer die
vom Chefarzt genannte.

In allen Fällen beträgt die Höchstdauer des Aufenthalts 60 Tage pro Jahr und versicherter Person.

e) KRANKENHAUSEINWEISUNG AUS PSYCHIATRISCHEN GRÜNDEN. Diese Art der Einweisung umfasst die Patienten, bei denen zuvor durch einen Facharzt der Versicherungsgesellschaft akute Fälle in einem Erregungsstadium diagnostiziert wurden. Sie hat eine **Aufenthaltsbegrenzung von 30 Tagen pro Jahr**. Mitinbegriffen sind die benötigten Arzneien während des Aufenthalts.

f) KRANKENHAUSEINWEISUNG IN DIE KINDERSTATION für die Behandlung einer der nachfolgenden Krankheiten: Dehydratation, komatöse reversible Zustände, interne Blutungen oder Atemnot bei nicht-infektiöser Reizungen. Die versicherte Person hat nicht nur Anspruch auf ein Einzelzimmer mit Bett für die Begleitperson, sondern ggf. auch auf einen Brutkasten. Die Kosten für Arzneimittel sind mitinbegriffen. **Diese Leistung hat allgemein keine jährliche Tagesaufenthaltsbegrenzung.**

Bei den sozialen und irreversiblen Pflegefällen wird die Dauer des Aufenthalts durch die medizinischen Kriterien der Ärztedirektion der Versicherungsgesellschaft bestimmt, **wobei die Höchstdauer bei 60 Tagen pro Jahr und versicherter Person liegt.**

g) AMBULANTE KRANKENHAUSEINWEISUNG. Es wird sowohl die ambulante Einweisung für chirurgische Eingriffe gewährleistet, als auch die für ärztliche Versorgung, inklusive der onkologischen Behandlungen. Umfasst werden die Arzneimittel (**bis auf die für onkologische Behandlungen**), Produkte und angewandten Mittel für die Diagnose während des Aufenthalts im Krankenhaus.

h) STATIONÄRER BRUTKASTEN. (Siehe Abschnitt f)

i) STATIONÄRE NOTFÄLLE in den Krankenhauszentren, die im geltenden Gesundheitsführer von FIATC geführt werden; bei Fragen kann sich die versicherte Person mit dem Notfalltelefondienst von FIATC in Verbindung setzen. Die Nummer des Telefondienstes steht auf der Rückseite der kundengerechten INDIVIDUELLEN VERSICHERTENKARTE. Der Telefondienst informiert Sie über das nächstgelegene Krankenhauszentrum, damit Sie dort notärztlich versorgt werden können.

j) KRANKENHAUSEINWEISUNG IN SONDERSTATIONEN. Eingeschlossen ist die Station für koronare Herzerkrankungen in Stationen für Wirbelsäulenverletzungen, Isolationsstationen und die Station für schwere Brandopfer. **Die Versicherungsgesellschaft begrenzt den Leistungsumfang auf ein Maximum von 60 Tagen pro Jahr.**

6) SPEZIELLE BEHANDLUNGEN

Es werden auch die folgenden Sonderbehandlungen gewährleistet. Diese müssen von Ärzten des Gesundheitsführers von FIATC beantragt und in von der Versicherungsgesellschaft bestimmten und bewilligten Gesundheitszentren durchgeführt werden.

- PHYSIOTHERAPIE UND REHABILITATION. Wird gewährleistet bei vorangegangener Verordnung durch einen Arzt der Versicherungsgesellschaft, **mit einer Dauer von höchstens 60 Sitzungen pro versicherter Person und Jahr** und bei folgenden Fällen in der Zeitspanne nach Beginn der Laufzeit der Versicherungspolice.

a) Akute traumatologische, nicht chirurgische Prozesse.

b) Traumatologische und orthopädische Postchirurgie.

- AEROSOLVENTILOTHERAPIE. **Medikamente gehen zu Lasten der versicherten Person.**

- OXIGENTHERAPIE, AMBULANT UND AM WOHNORT

- LASERTHERAPIE. Bei nicht-chirurgischen Behandlungen der Fortbewegungsorgane und Ophthalmologie.

- BLUT- UND PLASMATRANSFUSIONEN. Den ärztlichen Eingriff bei der Blutübertragung in allen Fällen und das Blut oder das Plasma im Krankenhaus übernimmt der Versicherungsgeber. **Bei Vollbluttransfusionen übernimmt die versicherte Person die Kosten für das benötigte Blut**, nicht aber die Blutübertragung an sich, die der Versicherungsgeber übernimmt.

- PHONIATRIE. **Nur als Rehabilitation bei schwereren Kehlkopfeingriffen.**

- ONKOLOGISCHE POSTCHIRURGIE BEI BRUSTREKONSTRUKTION. Die aus der onkologischen Brustoperation resultierenden Gesundheitskosten bei Eingriffen der Brustrekonstruktion, **ausgeschlossen jeder Art von Prothese.**

- PERKUTANE NUKLEOTOMIE.

- CHEMOTHERAPIE UND ONKOLOGISCHE KOBALTTHERAPIE. In Form einer **ambulanten (Arzneimittel zu Lasten der versicherten Person)** und ggf. stationären Krankenhauseinweisung, wobei die **höchste Aufenthaltsdauer 60 Tage pro Jahr beträgt (die Versicherungsgesellschaft übernimmt nur Arzneikosten für Zytostatika und nur wenn diese im Inlandmarkt vertrieben und vom Gesundheitsministerium zugelassen werden).**

- ELEKTRONENSTRAHLENTHERAPIE: oberflächliche und tiefe Strahlentherapie, Kurzwelle, Infrarotstrahlen, Ultraviolettstrahlen und elektrische Strömungen.

- DIALYSE UND KÜNSTLICHE NIERE FÜR REVERSIBLE FÄLLE. **Wird nur bei reversiblen Fällen und mit einer Einschränkung von 15 Sitzungen pro Jahr gewährleistet. Die Beförderung des Patienten zum Gesundheitszentrum und vom Gesundheitszentrum weg, ist nicht in der Leistung eingeschlossen.**

- NIERENLITHOTRIPSIE: Bei Fällen, die von Ärzten der Firma verordnet worden sind, **eine einzige Behandlung pro versicherter Person und Jahr.**

- GENESUNG DES HERZENS NACH EINEM INFARKT

- LINEARBESCHLEUNIGER

7) ANDERE LEISTUNGEN

- KRANKENWAGEN. Diese Leistung beinhaltet die Beförderung der Patienten zum Gesundheitszentrum und von dort zum Wohnort der versicherten Person innerhalb der Ortschaft. Hierfür ist ein Antrag von einem Arzt der Versicherungsgesellschaft anzufordern. Dieser kann in einer beliebigen zur Versicherungsgesellschaft gehörenden Stelle bearbeitet werden. **Ausgeschlossen sind die notwendigen Beförderungen für Rehabilitationsbehandlungen.**

- HEBAMME. Hilfeleistung bei der Entbindung.

- PODOLOGIE IN DER ARZTPRAXIS.

- BEGLEITPERSON IN DER KLINIK. (Gewährleistet werden das Bett und das Frühstück). **Von dieser Leistung ausgeschlossen ist die Krankenhauseinweisung aus psychiatrischen Gründen und die Einweisung in Pflege- und Intensivstationen und Brutkästen.**

8) PROTHESEN

Folgende Prothesen werden gewährleistet: Interne Traumaprothesen und -befestigungssysteme, Herzklappen, Schrittmacher und Gefäßbypass, **mit einem Höchstpreis von 1.803,036 Euro pro Eingriff. Der Kauf dieser muss unbedingt über FIATCs Versorgungsorganisation vermittelt werden.**

Die Kosten für irgendeine andere Art von Prothese, anatomische oder orthopädische Teile, geht zu Lasten der versicherten Person.

ZWEITENS: GARANTIE DER EINGESCHRÄNKTEN LEISTUNGEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Hierzu gehören dieselben wie in „vollständige Leistungen“, ausgenommen:

- **Allgemeine Medizin**

- **Kinderarzt, -pfleger der Region**

- **Versorgung durch einen Krankenpfleger am Wohnort**

Die Modalität „eingeschränkte Leistungen“ entzieht das Recht auf irgendwelche Leistungen am Wohnort.

ARTIKEL 5 ZWEITE DIAGNOSE

Artikel 5

Zweite Diagnose

Die Möglichkeit einen Ärztebericht für eine zweite Diagnose einzuholen, sowohl im Inland als auch im Ausland, für folgende schwere Krankheiten wird gewährleistet:

Krebs.

Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Neurologische und neurochirurgische Krankheiten, auch Schlaganfälle.

Chronische Niereninsuffizienz.

Alzheimer-Krankheit.

Multiple Sklerose.

und die Krankheiten, die der Ausschuss für Ärzteberatung von FIATC GESUNDHEIT für gleichbedeutend erachten.

Die notwendigen Anfragen für die Besorgung des erwähnten Berichts werden über den Facharzt aus dem spanischen Gesundheitsführer FIATCs unternommen, der die medizinische oder chirurgische Behandlung der versicherten Person führt.

Der Facharzt erstellt die klinische Akte der versicherten Person, die durch FIATC GESUNDHEIT an den Spezialisten bzw. Gesundheitszentrum gelangt, den die Ärztedirektion der Versicherungsgesellschaft weltweit und abhängig vom Befähigungsnachweis und der angehenden Pathologie für geeignet erwägt.

Die Ärztedirektion von FIATC GESUNDHEIT wird dem Facharzt aus dem spanischen Gesundheitsführer Fiats, die angeforderte Antwort, mit der angemessenen Vertraulichkeit, zukommen lassen. Dieser Facharzt wiederum teilt dem Patienten den Befund und die möglichen Alternativen mit.

Die ggf. resultierenden Kosten bei der Besorgung des Ärzteberichts der Zweiten Diagnose für Beförderung und Unterkunft ausserhalb eines Krankenhauses werden nicht gedeckt.

ARTIKEL 6 ANSPRUCH AUF DIE IN DEN USA VEREINBARTEN MEDIZINISCH-STATIONÄREN LEISTUNGEN

Sowohl für die Modalität „vollständige Leistungen“, als auch für die der „eingeschränkten Leistungen“, muss die medizinisch-ärztliche Versorgung in den Gesundheitszentren in den USA in Anspruch genommen werden, die in FIATCs SPANISCHEM GESUNDHEITSFÜHRER aufgeführt werden, und immer dann, wenn ein Facharzt des spanischen GESUNDHEITSFÜHRERS FIATCs infolge der Anwendung der Garantie einer Zweiten Diagnose (Artikel 5) einen Eingriff oder Behandlung in einem Gesundheitszentrum in den USA verordnet hat **und folgende Vorbedingungen erfüllt wurden:**

a) Für die Inanspruchnahme dieser Garantie ist unbedingt eine vorhergehende Erlaubnis vonseiten der Ärztedirektion von FIATC erforderlich.

Nur die Ärztedirektion von FIATC ist befähigt zu bewerten und festzulegen, ob es in Spanien keine angemessenen Mittel zur Verfügung stehen, um eine Behandlung oder einen Eingriff durchzuführen, nachdem mögliche Alternativen hierzu bekannt und untersucht worden sind.

b) Die diagnostizierte Behandlung bzw. Eingriff muss mit Dringlichkeitsgrad durch das zur Verfügung stehende spanische Gesundheitsnetz durchgeführt werden.

Die gewährleistete Höchstgrenze für die Gesundheitskosten dieser spezifischen Leistung beträgt 72.121,452 Euro pro Jahr und versicherter Person.

In dieser Leistung werden keine Kosten für Beförderung und Aufenthalt ausserhalb des Krankenhauses gewährleistet.

ARTIKEL 7 VORGEHENSWEISE BEI LEISTUNGEN

In Übereinstimmung mit den gültigen Verordnungen werden die Leistungen in allen spanischen Städte erstattet, in denen die Versicherungsgesellschaft ordnungsgemäße Zweigstellen und einen ihr angeschlossenen Fachärzterverbund (GESUNDHEITSFÜHRER DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT) hat. Sollte im Gesundheitsführer der Versicherungsgesellschaft einer bestimmten Ortschaft, und der versicherten Person aufgrund der Nähe zu ihrem üblichen Wohnort zugeteilt, eine der im Versicherungsumfang beschriebenen Gesundheitsversorgungen nicht vorhanden sein, kann die versicherte Person den **der Versicherungsgesellschaft angeschlossenen** und für sie angemessenen Fachärzterverbund aus einer anderen Ortschaft des nationalen Staatsgebiets wählen.

1) FÜR DIE VOLLSTÄNDIGEN LEISTUNGEN

a) Die Sprechstunden werden am Wohnort geleistet, **wenn sich die versicherte Person aufgrund der Krankheit nicht selbst zur Arztpraxis begeben kann.**

Bei einem Notfall ist die Dauerdienststelle aufzusuchen, die die Versicherungsgesellschaft festgelegt hat und die sich in den Notfallzentren befindet, deren Adressen im GESUNDHEITSFÜHRER der Versicherungsgesellschaft geführt werden.

b) Die Gesundheitsversorgung durch einen Facharzt des Gesundheitsführers erfolgt in der Arztpraxis, die die versicherte Person aus Eigeninitiative oder durch eine Überweisung eines anderen Arztes der Versicherungsgesellschaft aufgesucht hat.

c) Die Versicherungsgesellschaft übernimmt das Honorar der Ärzte, die nicht zu ihren Medizinern gehören, nicht.

d) Die Prothesen gehen zu Lasten der versicherten Person, bis auf die für interne Traumaprothesen oder -befestigungssysteme, Herzklappen, Schrittmacher und Gefäßbypass, die bis zur in der Versicherungspolice festgelegten Preisgrenze gewährleistet werden. Dafür ist es unbedingt erforderlich, dass der Kauf derselben durch FIATC vermittelt worden ist.

e) Die Krankenhauseinweisung oder die Leistungserbringung muss von einem Arzt der Versicherungsgesellschaft schriftlich angeordnet werden und die versicherte Person muss von dieser die entsprechende Bestätigung erhalten. Durch die Bestätigung ist die Versicherungsgesellschaft finanziell gebunden, **ausser wenn in dieser ausdrücklich angegeben wird, dass die Leistung von der Police nicht gedeckt wird.** In diesem Sinne reicht bei einem Notfall die Anordnung eines Arztes der Versicherungsgesellschaft aus, jedoch muss die **versicherte Person innerhalb von 72 Stunden nach Einweisung die Bestätigung dieser erhalten.** In diesem Fall ist die Versicherungsgesellschaft finanziell gebunden, bis sie ihre Einwände bezüglich der ärztlichen Anordnung vorbringt und immer dann wenn die Police die benötigte Einweisung oder Betreuungsleistung nicht deckt.

f) Die Betreuungsleistungen können abhängig von dem, was im Gesundheitsführer der Versicherungsgesellschaft festgelegt und angegeben ist, beantragt werden.

g) Es kann ein Krankenpfleger angefordert werden, wenn die versicherte Person durch die Krankheit verhindert ist auf normalen Wege das von der Versicherungsgesellschaft festgelegte Versorgungszentrum aufzusuchen.

h) Die Notfalldienste am Wohnort werden von den Dienstleistungen erbracht, die dafür der Versicherungsgesellschaft angeschlossen sind und die sich im Gesundheitsführer der Firma und auf der Rückseite der kundengerechten Individuellen Krankenversichertenkarte befinden. Diese Versorgung wird von einem Allgemeinarzt, Kinderarzt oder -pfleger und/oder Krankenpfleger übernommen.

i) Die Geburtshelfer, mit der Unterstützung einer Hebamme, übernehmen die Geburten in einem dafür angemessenen Gesundheitszentrum, sowohl die Geburten mit normalen, als auch die mit gestörtem Verlauf.

2) FÜR DIE EINGESCHRÄNKTEN LEISTUNGEN

Die gleichen wie für die vollständigen Leistungen, ausgenommen der nicht gewährleisteten Leistungen für diese Modalität der eingeschränkten Leistungen, die im Artikel 4 ZWEITENS festgelegt sind.

ARTIKEL 8 WARTEZEITEN

Erstens

Die Leistungen des vorliegenden Vertrags treten in Kraft, sobald dieser wirksam wird. **Dennoch müssen für bestimmte Leistungen** (mit Ausschluss des in den Sonderbedingungen der Versicherungspolice gegensätzlich Ausgemachten) **die folgenden Wartezeiten abgelaufen sein:**

- a) BEI AMBULANTEN ODER STATIONÄREN CHIRURGISCHEN EINGRIFFEN **6 Monate**
- b) JEDE ART DER KRANKENHAUSEINWEISUNG **6 Monate**
- c) SPEZIALTECHNIKEN FÜR DIE DIAGNOSE (**Artikel 4, 4b.**), u.a. und kategorisch:
Doppler-Kardiographie, Ultraschall, Elektrokardiographie, Elektroenzephalogramm,
Spirometrie, Fiberoendoskopie, Fruchtwasseruntersuchung, Knochendichtemessung, digitale
Arteriografie, Belastungs-EKG, vaskuläre Hämodynamik, Holter-EKG, Szintigraphie,
Kernresonanz, Computertomographie, **6 Monate**
- d) ANDERE **SPEZIELLE BEHANDLUNGEN ODER LEISTUNGEN (Artikel 4, 6.)**, u.a.
und kategorisch: Physiotherapie und Rehabilitation, Aerosolventilotherapie, ambulante und
am Wohnort durchgeführte Oxigentherapie, Lasertherapie, Blut- und Plasmatransfusionen,
Phoniatrie, onkologische Postchirurgie für Brustrekonstruktion, perkutane Nukleotomie,
Chemotherapie und onkologische Kobalttherapie, Elektronenstrahlentherapie, Dialyse
und künstliche Niere für reversible Fälle, Nierenlithotripsie, Herzgenesung nach
einem Infarkt, Linearbeschleuniger **6 Monate**
- e) VERSORGUNG BEI DER ENTBINDUNG ODER KAISERSCHNITT **10 Monate**
- f) ANSPRUCH AUF VERSORGUNG IM KRANKENHAUSNETZ DER USA (**Artikel 6.**) ... **6 Monate**
- g) GEWÄHRLEISTETE PROTHESEN **12 Monate**
- h) TUBENLIGATUR UND VASEKTOMIE **12 Monate**

Zweitens

Im Ausnahmefall, d.h. bei medizinisch-chirurgischer Betreuung in einer **LEBENSBEDROHLICHEN SITUATION** und bei Entbindungen, in denen das Leben des Fötus oder der Mutter in Gefahr kommt, ist das Recht auf Versorgung vom Tag der Inkraftsetzung des Vertrags vorhanden.

Bei Frühgeburten wird die Leistung gedeckt, sobald bescheinigt wird, dass wenn es eine Normgeburt gewesen wäre, die entsprechende Wartezeit von 10 Monaten überschritten worden wäre.

Drittens

Die vorgesehenen Wartezeiten können wegfallen oder verringert werden, wenn sich die versicherte Person einer ärztlichen Voruntersuchung unterzieht.

ARTIKEL 9 DIE KUNDENGERECHTE INDIVIDUELLE KRANKENVERSICHERTENKARTE VON MEDIATAC

FIATC händigt den versicherten Personen die „MEDIATAC-Karte“ aus. Diese weist keine Auskunft über Gesundheitsfragen auf, sondern dient lediglich der Identifizierung. Sie ist für bestimmte Zeitspannen gedacht und

daher an ein Gültigkeitsdatum gebunden. Die versicherte Person muss sich bei Anforderung der von der „MEDI-FIATC-Karte“ stammenden Leistungen ausweisen, dennoch könnte es der Arzt oder das Gesundheitszentrum für notwendig erachten, die versicherte Person auch nach seinen Personalausweis zu fragen.

Jede mit der Gesundheit in Zusammenhang stehende und geleistete Tätigkeit benötigt nur einen einmaligen Kartendurchlauf und kann über Papiervermittlung oder über ein Datenträgeraustausch-Verfahren erfolgen.

Die „MEDI-FIATC-Karte“ ist persönlich und unübertragbar und FIATC behält sich das Recht vor, bei unlauterem Gebrauch dieser, rechtliche Schritte zu unternehmen. Bei Diebstahl oder Verlust der Karte, ist die versicherte Person verpflichtet dieses FIATC schnellstmöglich mitzuteilen. Ferner muss die versicherte Person die „MEDI-FIATC-Karte“ zurückgeben, sobald die Laufzeit des Vertrags abgelaufen ist.

ARTIKEL 10 DAUER DES VERSICHERUNGSVERTRAGS

1. Die Versicherung wird anhand der in den Sonderbedingungen vorgesehenen Zeitspanne und an ihren Ablaufdatum vertraglich festgelegt. Sie verlängert sich stillschweigend für eine weitere Laufzeit von nicht länger als ein Jahr. Dennoch können beide Parteien gegen die Verlängerung schriftlich Einwände erheben. Dies ist der anderen Partei in einer Zeitspanne von nicht weniger als **zwei Monate** vor Vortragsende mitzuteilen.

Der Versicherungsgeber kann sich der Verlängerung nach der dritten Jahresfrist der Versicherungspolice nicht widersetzen.

2. Während der Gesundheitsversorgung des Versicherungsnehmers und bis zu seiner Heilung, kann der Versicherungsgeber **die Police nicht auflösen**.

ARTIKEL 11 ZAHLUNG DER VERSICHERUNGSPRÄMIEN

Erstens: Der Versicherungsnehmer ist zur Zahlung der Versicherungsprämie verpflichtet. Ausgenommen es wird in den Sonderbedingungen etwas anderes vereinbart, wird die Zahlung der Prämie am Wohnort des Versicherungsnehmers durchgeführt.

Zweitens: Die erste Prämie ist bei Abschluss des Vertrags zu zahlen. Sollte der Versicherungsnehmer aus Eigenverschulden die Prämie nicht gezahlt haben, so ist der Versicherungsgeber berechtigt den Vertrag aufzulösen oder auf Grund der Police ein Vollstreckungsverfahren anzufordern. Sollte die Prämie vor dem Schaden nicht gezahlt worden sein, so ist der Versicherungsgeber von der Ausführung befreit, sofern die Parteien nichts Gegenteiliges vereinbart hätten.

Drittens: Bei Nichtzahlung der zweiten und darauffolgender Prämien, werden die Leistungen des Versicherungsgebers **einen Monat** nach Fälligkeitsdatum **eingestellt**, und wenn die Zahlung innerhalb der **sechs Monate** nach Fälligkeitsdatum nicht angefordert wird, versteht sich der Vertrag als aufgelöst. Sollte der Vertrag nicht unter den oben genannten Bedingungen aufgelöst worden sein, so sind die Leistungen **24 Stunden** nachdem der Versicherungsnehmer die Prämie gezahlt hat, wieder gedeckt. In allen Fällen kann der Versicherungsgeber, wenn der Vertrag vorübergehend eingestellt ist, immer nur die Prämienzahlung des laufenden Zeitraums anfordern.

ARTIKEL 12 EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Sollte die Zahlung der Prämie durch ein offenes Konto einer Bank oder Sparkasse vereinbart worden sein, werden folgende Normen angewandt:

Die versicherte Person händigt dem Versicherungsgeber ein an die Bank oder Sparkasse gerichtetes Schreiben mit dem angehenden Auftrag aus.

Die Prämie ist beglichen, es sei denn in der Gnadenfrist von einem Monat bei Versuch einer Abrechnung keine hinreichende Geldsumme auf dem Konto der versicherten Person aufzufinden wäre. In diesem Fall müsste die versicherte Person selbst dem Versicherungsgeber die Summe der Prämie am Sitz übergeben.

Sollte der Versicherungsgeber die im obigen Abschnitt festgelegte Gnadenfrist vergehen lassen ohne den Zahlungsbeleg vorgelegt zu haben und wenn bei Vorlage dieses, auf dem Konto des Versicherungsnehmers kein Vermögen aufzufinden wäre, ist der Versicherungsgeber verpflichtet, dies dem Versicherungsnehmer per Einschreiben oder durch einen anderen unzweifelhaften Wege mitzuteilen und ihm eine weitere Frist von **30 Kalendertagen** für die Zahlung am Sitz des Versicherungsgeber zu gewähren. Diese Frist wird ab dem Postabgabedatum der genannten Mitteilung gezählt.

ARTIKEL 13 ANDERE PFLICHTEN, AUFGABEN UND BEFUGNISSE DES VERSICHERUNGSNEHMERS ODER DER VERSICHERTEN PERSON

Erstens: Der Versicherungsnehmer und ggf. die versicherte Person haben folgende Pflichten:

Er muss dem Versicherungsgeber, in Übereinstimmung mit dem von diesem unterbreiteten Fragebogen, all die von ihm bekannten Umstände angeben, die die Risikobewertung beeinflussen könnten. Der Versicherungsnehmer ist von dieser Pflicht befreit, wenn ihm der Versicherungsgeber keinen Fragebogen unterbreitet oder einen, der die Umstände die die Risikobewertung beeinflussen könnten, nicht erfasst.

Er muss dem Versicherungsgeber während des Vertragsablaufs, und so früh wie möglich, alle Umstände mitteilen, die in Übereinstimmung mit dem vom Versicherungsgeber unterbreiteten Fragebogen, das Risiko erhöhen und dergestalt sind, dass wenn sie vom Versicherungsgeber bei Vollendung des Vertrags bekannt gewesen wären, dieser nicht zu Stande gekommen wäre oder andernfalls, unter kostspieligeren Bedingungen.

Er muss dem Versicherungsgeber so früh wie möglich den Wohnsitzwechsel mitteilen. Wenn der Wohnsitzwechsel eine Risikohöherung mit sich bringt, ist das in b) Vorgesehene einzusetzen. Hat der Wohnsitzwechsel jedoch eine Risikoverminderung zur Folge, dann hat der Versicherungsnehmer bei Beendigung der durch die folgende Prämie im entsprechenden Verhältnis gedeckten Laufzeit andernfalls das Recht auf die Auflösung des Vertrags und auf die Rückerstattung der Differenz zwischen der beglichene Prämie und die, die er seit der Inkennntnisnahme des Wohnsitzwechsels, hätte zahlen müssen.

Er muss dem Versicherungsnehmer so früh wie möglich die Krank- und Gesundheitsreibungen der versicherten Personen mitteilen, die während der Laufzeit des vorliegenden Vertrags entstehen. Diese werden **zum Ersten des folgenden Monats** nach Mitteilung wirksam, womit die Prämie auf den neuen Stand angepasst wird. Die **neugeborenen** Kinder der versicherten Mutter werden automatisch in die Versicherungspolice aufgenommen, sofern sie vom Versicherungsnehmer während der Schwangerschaft nicht von allen Aufgaben und Pflichten der Versicherung ausgeschlossen wurden, wobei keine höhere Wartezeit eingeschoben wird, als die von der Mutter noch aufzubrauchende, oder in Vertretung dieser, die des Vaters.

Er muss die Folgen des Schadens verringern, indem er die ihm zur Verfügung stehenden Mittel für eine baldige Wiederherstellung der Situation einsetzt. Die Nichterfüllung dieser Pflicht, mit dem unverkennbaren Versuch den Versicherungsgeber zu schädigen oder zu betrügen, hat die Befreiung dieses von den aus dem Schaden entstandenen Leistungen zur Folge.

Zweitens: Der Versicherungsnehmer kann innerhalb **eines Monats** dem Versicherungsgeber auftragen, gemäß des Artikels 8 des Vertragsgesetzes, die Unstimmigkeiten zwischen Versicherungspolice und Versicherungsentwurfs oder vereinbarten Bestimmungen zu beheben.

ARTIKEL 14 ANDERE PFLICHTEN, AUFGABEN UND BEFUGNISSE DES VERSICHERUNGSGEBERS

Abgesehen von der gewährleisteten Versorgung, muss der Versicherungsgeber dem Versicherungsnehmer die Police oder ggf. das vorläufige Dokument über die gedeckten Leistungen oder das zutreffende gemäß Artikel 5 des Versicherungsvertragsgesetzes übergeben, wie auch ein Exemplar des Fragebogens und andere Unterlagen, die er unterzeichnet hat.

a) Der Versicherungsgeber übergibt dem Versicherungsnehmer die zur Identifizierung benötigte Krankenversichertenkarte und den Gesundheitsführer der Versicherungsgesellschaft, mit dem Verzeichnis der Dauernotdienststellen der Gesellschaft angeschlossener Krankenhäuser und Kliniken und die Adressen und Sprechstunden der Ärzte und Gesundheitszentren.

b) Der Versicherungsgeber kann, nachdem er die Entschädigungsleistung erbracht hat, das Recht und die Aktionen geltend machen, die aufgrund des Schadens dem Versicherungsnehmer gegenüber der verantwortlichen Personen desselbens zukommen müssten, und zwar bis zur Entschädigungsgrenze.

c) Der Versicherungsgeber kann die Rechte, die er subrogiert hat, nicht zuungunsten des Versicherungsnehmers ausüben. Der Versicherungsnehmer ist verantwortlich für die Schäden, die er durch seine Handlungsweisen oder Versäumnisse, dem Versicherungsgeber in seinem Subrogationsrecht bereiten könnte.

Der Versicherungsgeber hat, in Übereinstimmung mit dem Versicherungsvertragsgesetz, weder Anspruch auf Subrogation gegen irgendeine Person, deren Handlungsweise oder Versäumnisse die Haftung der versicherten Person verursacht, noch gegen den Urheber des Schadens, in welchem Verwandtschaftsgrad auch immer er zur versicherten Person stehen sollte, Ehepartner, Verwandter in direkter Linie oder Nebenlinie innerhalb des dritten Blutverwandtschaftsgrades, Adoptivelternteil oder Adoptivkind, die mit der versicherten Person zusammenleben. Diese Form wird aber nicht wirksam, wenn die Haftung auf Vorsatz beruht oder durch einen Versicherungsvertrag geschützt ist. Unter dieser letzten Annahme wäre die Reichweite der Subrogation in Übereinkunft mit den Bestimmungen des genannten Vertrags eingeschränkt.

Bei Konkurrenz des Versicherungsgebers und des Versicherungsnehmers gegenüber haftender Drittpersonen, wird die Wiederverlangung im Verhältnis zur jeweiligen Bestrebung unter beiden aufgeteilt.

ARTIKEL 15 RECHTSVERLUST

Erstens: Die versicherte Person verliert unter folgenden Bedingungen das Recht auf die Leistung:

- a) Bei Vorbehalt und Ungenauigkeit des Fragebogens, Vorsatz und schwerem Verschulden.
- b) Wenn bei Verschärfung des Risikos, der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den Versicherungsgeber nicht davon in Kenntnis setzen und unredlich gehandelt haben.
- c) Wenn das gewährleistetete Ereignis vor Begleichung der Prämie eingetreten ist, und sofern nichts Anderes vereinbart wurde.
- d) Wenn der Schaden durch Unredlichkeit der versicherten Person verursacht wurde.

ARTIKEL 16 UNWIDERLEGBARKEIT DES VERTRAGS

Erstens: Nach ärztlicher Untersuchung und Anerkennung des Vollbesitzes der Rechte, ist die Versicherungspolice bezüglich des Gesundheitszustandes der versicherten Person oder Personen unwiderruflich und die Versicherungsfirma kann sich nicht weigern die Leistungen zu erbringen, indem sie sich auf das Vorhandensein von vorherigen Krankheiten beruft, sofern kein Vorbehalt in den Sonderbedingungen der Versicherungspolice aufgrund der erwähnten Untersuchung ausgedrückt wurde.

Zweitens: Sollte keine ärztliche Untersuchung durchgeführt und der Vollbesitz der Rechte nicht anerkannt worden sein, so ist die Versicherungspolice nach Ablauf von **2 Jahren** unwiderruflich, ausgenommen der Versicherungsnehmer hat vorsätzlich gehandelt und ihm war das Leiden vor Abschluss des Vertrags bekannt und er hat es nicht im Antragsfragebogen angegeben.

ARTIKEL 17 MITTEILUNGEN UND ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH

Erstens: Die Mitteilungen an den Versicherungsgeber vonseiten des Versicherungsnehmers, versicherten Person oder Leistungsempfängers werden im Firmensitz des Versicherungsgebers, dessen Adresse in der

Police zu finden ist, getätigt. Die Mitteilung über einem der Versicherungsgesellschaft unterstellten Versicherungsagenten hat allerdings die gleiche Wirkung. Ferner versteht sich das Begleichen des Prämienbelegs vonseiten des Versicherungsnehmers bei dem oben genannten Versicherungsagenten als bei der Versicherungsgesellschaft durchgeführt, sofern dies nicht ausgeschlossen und ausdrücklich in der Versicherungspolice angegeben wurde.

Die Zahlung des Prämienbetrags an den Versicherungsagenten vonseiten des Versicherungsnehmers wird nur als bei der Versicherungsgesellschaft erhalten angesehen, wenn der Agent dem Versicherungsnehmer dafür den Prämienbeleg der Versicherungsgesellschaft aushändigt.

Die Mitteilungen an den Versicherungsnehmer, versicherte Person oder Leistungsempfänger vonseiten der Versicherungsgesellschaft wird an dem in der Police aufgeführten Wohnort derselben durchgeführt, ausgenommen diese haben der Versicherungsgesellschaft einen Wohnsitzwechsel angegeben.

Sofern der Versicherungsnehmer nichts Gegensätzliches angewiesen hat, haben die Mitteilungen eines freien Agenten oder eines Versicherungsvertreters an die Versicherungsgesellschaft in seinem Namen, die gleiche Wirkung als durchführte er sie selbst.

Zweitens: Der vorliegende Vertrag unterliegt der spanischen Gerichtsbarkeit und daher ist der für die Anerkennung der aus dem Versicherungsvertrag hergehenden Handlungen befugte Richter, der des Wohnortes der versicherten Person. Sollte diese einen Wohnsitz im Ausland haben, nennt sie einen in Spanien.

ARTIKEL 18 BERECHNUNGSGRUNDLAGE UND JÄHRLICHE AKTUALISIERUNG VON PRÄMIEN UND LEISTUNGEN

Die Prämien dieser Versicherungspolice sind nach mathematischen Methoden berechnet worden, die eine technische Veralterungsvorsorge absehen und einen Prämienzusatz anwenden, der für eine ausreichende Sicherheitsspanne bestimmt ist.

Die Versicherungsgesellschaft kann die Prämien jährlich verändern und die Leistungen verkürzen in Berücksichtigung des Gesetzes 30/1995 für Anordnungen der Privatversicherungen (Ordenación del Seguro Privado) und im Sinne der durchgeführten versicherungsmathematisch-technischen Berechnungen und auf der Grundlage von Veränderungen der Versorgungskosten, der Dienstleistungen, des garantierten Kapitals und der Anwendung der notwendigen technologischen Neuheiten.

Bei jeder aufgrund eines Einbezugs oder eines Ausschlusses von Leistungen entstehende Veränderung der Garantien des vorliegenden Vertrags wird zwei Monate vor Inkraftsetzung dieser ein Nachtrag versendet, auf dem die genannten Veränderungen verzeichnet sind und dem der Versicherungsnehmer zustimmt, indem er die neue Prämie begleicht.

ARTIKEL 19 VRA-SYSTEM SYSTEM DER VERSORGUNGSRATENABSTUFUNG (SISTEMA GTA)

1) VRA-SYSTEM (System der Versorgungsrentenabstufung)

Die Versicherungsprämien werden hinsichtlich eines Vergütungs- und Zuschlagsystems festgelegt. Diese Vergütungen oder Zuschläge sind an dem Wert der beanspruchten Gesundheitsleistungen gebunden.

2) BESCHREIBUNG DES VRA-SYSTEMS

Unter VRA ist das Verhältnis zwischen den Kosten der beanspruchten Leistungen und der entsprechenden Prämien für den gleichen Zeitraum für die Gruppe der in der Versicherungspolice versicherten Personen zu verstehen.

Der VRA nach werden drei unterschiedliche Stufen festgelegt:

A) HOHEVRA:

Wenn die Versorgungsratenabstufung des ausgewerteten Zeitraums über 78% liegt.

B) NIEDRIGEVRA:

Wenn die Versorgungsratenabstufung des ausgewerteten Zeitraums unter 60% liegt.

C) NORMALEVRA:

Wenn die Versorgungsratenabstufung des ausgewerteten Zeitraums zwischen 60% und 78% liegt, beide Werte miteingeschlossen.

Das letzte Geschäftsjahr für die ausgewertete VRA ist immer der Zeitraum von Januar bis Juli. Für das erste betreffende Geschäftsjahr wird der tatsächlich versicherte Zeitraum bewertet, auch dann, wenn es sich nicht um ein ganzes Jahr handelt.

3) SKALA DER ZUSCHLÄGE UND VERGÜTUNGEN

Folgende Zuschläge und Vergütungen werden in Anwendung gebracht:

SKALA

STUFE	VRA-LAGE	Angewandter Maßstab
+3	5 aufeinander folgende Jahre HOHEVRA	45% Zuschlag über GP
+2	4 aufeinander folgende Jahre HOHEVRA	30% Zuschlag über GP
+1	3 aufeinander folgende Jahre HOHEVRA	15% Zuschlag über GP
0	ANDERE FÄLLE	
-1	3 aufeinander folgende Jahre NIEDRIGEVRA	5% Nachlass über GP
-2	4 aufeinander folgende Jahre NIEDRIGEVRA	10% Nachlass über GP
-3	5 aufeinander folgende Jahre NIEDRIGEVRA	15% Nachlass über GP

Der Betrag der Vergütungen oder der Zuschläge wird mittels der Versicherungsprämie entsprechenden Grundprämie berechnet, nach Anwendung der allgemeinen Erhöhung der Versicherungsgruppe in der ihr zugehörigen Risikozone und indem nach Berücksichtigung der Skala mit der erreichten Versorgungsratenabstufung (VRA) die Prämie abgezogen oder hinzugerechnet wird.

4) ANWENDUNGSGRENZEN DES VRA-SYSTEMS

A) Zuschläge: 45%

B) Vergütungen: 15%

5) AUSKUNFT ÜBER DIE ANZUWENDEnde STUFE DER SKALA FÜR JEDES GESCHÄFTSJAHr

Die Versicherungsnehmer der MEDIFIATC-Policen werden schriftlich, vor Ende eines Geschäftsjahres, über die erreichte Stufe in der Skala und den für das nächste Jahr anzuwendenden Prozentsatz des Aufschlags oder des Nachlasses informiert.

ARTIKEL 20 ZUSÄTZLICHE GARANTIE DER REISEVERSORGUNG IM AUSLAND

VORVERFÜGUNGEN

Versicherte Personen. Das sind die natürlichen und von der MEDIFIATC-Versicherung für Gesundheitsversorgung begünstigten Personen, die in den Sonderbedingungen der Versicherungspolice aufgeführt werden.

Geltungsbereich. Das ist die ganze Welt, ausgenommen Spanien und die Länder, die sich auf der Reise der versicherten Person in einem Krieg, Belagerung, Aufstand oder kriegerischen Auseinandersetzung jeder Art befinden, auch wenn dies nicht öffentlich bekannt gemacht worden ist.

Gültigkeit. Um von der VERSORGUNG IMAUSLAND profitieren zu können, muss die versicherte Person in Spanien wohnhaft sein und die Aufenthaltsdauer ausserhalb seines üblichen Wohnorts **nicht länger als 60 Tage** pro Reise betragen.

GEDECKTE GARANTIE

1. GESUNDHEITLICHE UND MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Der Versicherungsgeber übernimmt die Organisation der Versorgung und die entstehenden Kosten für das Eingreifen des benötigten Fachpersonals und Gesundheitszentren zur Betreuung der verletzten oder kranken versicherten Person.

In dieser Garantie sind folgende Leistungen ausdrücklich eingeschlossen, wobei die Anordnung dieser keinen abgrenzenden Charakter hat:

- a) Versorgung durch ein Notfallärzteteam und durch Fachärzte.
- b) Zusätzliche ärztliche Untersuchungen.
- c) Krankenhauseinweisung, chirurgische Behandlungen und Eingriffe.
- d) Versorgung mit Medikamenten bei Einweisung oder Rückerstattung der Kosten bei Verletzungen oder Krankheiten die keine Krankenhauseinweisung benötigen.
- e) Betreuung bei akuten Zahnproblemen, d.h. solche die aufgrund einer Infektion, Schmerz oder Trauma eine Notfallbehandlung erfordern.
- f) Vom Arzt verordnete Beförderung im Krankenwagen, jedoch nur örtliche Fahrtstrecken.

Der Versicherungsgeber übernimmt die für diese Leistungen entstehenden Kosten **bis zu 12.020,242 Euro pro versicherter Person, oder dem Gegenwert der lokalen Währung des Landes, wo sie effektiv wurden.**

Die odontologischen Kosten beschränken sich bei jedem der Fälle auf 60,101 Euro oder ihren Gegenwert in der lokalen Währung.

2. RÜCKFÜHRUNG UND GESUNDHETSTRANSPORT VON VERLETZTEN

Wenn den Umständen entsprechend und der Meinung eines Arztes nach eine Krankenbeförderung der versicherten Person notwendig ist, übernimmt die Versicherungsgesellschaft den Transport zum hinreichend ausgestatteten Gesundheitszentrum in einem dafür geeigneten Transportmittel und wenn nötig auch unter ärztlicher Beaufsichtigung.

Sollte die Krankenhauseinweisung in einem vom Wohnort der versicherten Person weitgelegenen Ort erfolgen, so übernimmt die Versicherungsgesellschaft auch die darauffolgende Beförderung zum Wohnsitz, sobald sich diese vollziehen kann. **Die Entscheidung über welches Transportmittel für jeden Einzelfall benötigt wird liegt beim Ärzteteam der Versicherungsgesellschaft und ist abhängig von dem Dringlichkeitsgrad und der Schwere des Falles.**

3. RÜCKFÜHRUNG UND TRANSPORT DER ANDEREN VERSICHERTEN PERSONEN

Als Erweiterung der vorangehenden Leistung und wenn einer der versicherten Personen aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls zurückbefördert wurde und diese Umstände die Weiterreise der anderen versicherten Personen mit den zu Anfang vorgesehen Transportmittel verhindern, so übernimmt die Versicherungsgesellschaft den Transport dieser an ihren Wohnsitz oder dem Ort der Krankenhauseinweisung.

4. RÜCKFÜHRUNG ODER TRANSPORT MINDERJÄHRIGER

Als Erweiterung der Leistung in Punkt 2, wenn die zurückgeführte oder zurückbeförderte versicherte Person die einzige Begleitperson Minderjähriger unter 15 Jahren sein sollte, so organisiert und übernimmt die

Versicherungsgesellschaft die Hin- und Rückfahrt einer Flugbegleiterin oder einer anderen vom Versicherten gewählten Person, um die Kinder zum Wohnsitz zurückzubringen.

5. BEFÖRDERUNG EINES FAMILIENANGEHÖRIGEN BEI KRANKENHAUSEINWEISUNG

Sollte der Zustand der kranken oder verletzten versicherten Person eine Krankenhauseinweisung von **mehr als fünf Tagen** erfordern, so stellt die Versicherungsgesellschaft zu ihrer Begleitung einem Familienangehörigen oder einer vom Versicherten gewählten Person ein Flugticket (zweiter Klasse) oder ein Bahnticket (erster Klasse) für Hin- und Rückreise zur Verfügung. Außerdem erstattet die Versicherungsgesellschaft in Form von Aufenthaltskosten der Begleitperson und gegen Vorlage der entsprechenden Rechnungen **bis zu 30,050 Euro pro Tag und für höchstens 10 Tage**.

6. GENESUNG IN EINEM HOTEL

Sollte die kranke oder verletzte versicherte Person einer ärztlichen Verordnung nach nicht wieder zurück nach Hause dürfen, so übernimmt die Versicherungsgesellschaft die aufgrund der Aufenthaltsverlängerung entstandenen Hotelkosten **bis zu 30,050 Euro pro Tag und für höchstens 10 Tage**.

7. RÜCKFÜHRUNG ODER TRANSPORT DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN PERSON

Bei Tod einer versicherten Person organisiert und übernimmt die Versicherungsgesellschaft den Transport der Leiche bis zum Bestattungsort in Spanien.

Nicht mitinbegriffen sind die Kosten für die Bestattung und die Zeremonie.

Die Versicherungsgesellschaft organisiert und übernimmt die Rückkehr an den Wohnort der anderen versicherten Personen, die die verstorbene versicherte Person im Moment des Todes begleiteten, wenn sie die Rückkehr nicht mit den anfangs vorgesehenen Transportmitteln durchführen können.

8. VORZETIGE RÜCKKEHR

Sollte irgendeine der versicherten Personen ihre Reise aufgrund des Todes des Ehepartners, Ahnen oder Nachkommens im ersten Grade oder eines Geschwisternteils unterbrechen müssen, so stellt ihr die Versicherungsgesellschaft ein Flugticket (2. Klasse) oder ein Bahnticket (1. Klasse) vom Reiseort wo sie sich befindet bis zum Bestattungsort in Spanien und zurück zum Reiseort zur Verfügung.

Die versicherte Person kann nach Wunsch auch wechselweise zwei Flugtickets (2. Klasse) oder Bahntickets (1. Klasse) bis zu seinem gewöhnlichen Wohnort auswählen.

9. MITTEILUNG VON NACHRICHTEN

Die Versicherungsgesellschaft sorgt für die Vermittlung von dringenden Nachrichten, mit denen sie die versicherten Personen beauftragen, und die mit den gedeckten Ereignissen der vorliegenden Leistungen zusammenhängen.

10. DIE VERSENDUNG VON MEDIKAMENTEN

Die Versicherungsgesellschaft kümmert sich um die **Versendung von erforderlichen Medikamenten**, die der versicherten Person für ihre Heilung von einem Arzt verordnet wurden, wenn diese Medikamente dort wo sie sich aufhält, nicht aufzufinden sind.

11. REISEAUSKUNFT-SERVICE

Die Versicherungsgesellschaft erteilt der versicherten Person **Auskunft** in Form eines ununterbrochenen und kostenlosen **24 Stunden-Service**, und zwar bezüglich:

a) Impfungen und Visumanträge für andere Länder, wie auch die Voraussetzungen, die in der aktuellsten Veröffentlichung der T.I.M (Travel Information Manual, einer gemeinsamen Veröffentlichung von vierzehn Mitgliedern von Fluggesellschaften der I.A.T.A) einzeln aufgeführt werden.

Die Versicherungsgesellschaft bürgt weder für die Genauigkeit der in T.I.M. enthaltenen Information, noch für die Veränderungen die dort unternommen werden könnten.

b) Adressen und Telefonnummern der vorhandenen spanischen Botschaften und Konsulate weltweit, und so wie sie im „Führer der spanischen Vertretungen im Ausland“ (Guía de las Representaciones de España en el extranjero) des Außenministeriums aufgeführt sind.

12. BEGRENZUNGEN DER DECKUNG. AUSSCHLÜSSE

Die in der vorliegenden Erweiterung der VERSORGUNG IM AUSLAND festgelegten Leistungen beinhalten folgendes nicht:

- a) Die existierenden oder chronischen Leiden oder Krankheiten und ihre Folgen, die die versicherte Person schon vor Antritt der Reise aufwies. Eingeschlossen ist jedoch die nötige Versorgung um einen möglichen „vitalen Notfall“ zu bereinigen, wobei sich die Leistung auf einen Tag beschränkt.**
- b) Tod aufgrund eines Selbstmordes, oder Verletzungen und Krankheiten, die sich die versicherte Person selbstzugefügt hat und die aufgrund verbrecherischem Unternehmen vonseiten der versicherten Person entstanden sind.**
- c) Krankheiten oder pathologische Zustände aufgrund der Einnahme von Alkohol, psychotropischer Substanzen, Halluzinogenen oder anderer Drogen oder Substanzen gleicher Art.**
- d) Schönheitsbehandlungen oder die Versorgung mit Hörgeräten, Kontaktlinsen, Brillen und Prothesen, oder deren Ersatz.**
- e) Die Schwangerschaften, ausgenommen der Leiden aufgrund plötzlich und unvorhersehbar eintretenden Komplikationen und unerwartete Frühgeburten.**
- f) Die Verletzungen die von der Teilnahme der versicherten Person an Wettkämpfen oder Sporttests stammen, die Rettung von Personen aus dem Meer, Bergen oder Wüste und derer die vom Treiben der sogenannten Abenteuersportarten herrühren.**
- g) Die Verletzungen oder Krankheiten die auf direkter- oder indirekterweise von Einwirkungen stammen wie Nuklearenergie, radioaktive Strahlung, Naturkatastrophen und kriegerische Aktionen.**
- f) Geisteskrankheiten**
- g) Alle ärztliche oder pharmazeutische Ausgaben unter 9,105 Euro.**

13. ANFRAGE AUF REISEVERSORGUNG IM AUSLAND

NOTRUF: Wird auf der Rückseite der kundengerechten Krankenversichertenkarte „MEDIFIATC“ und im geltenden Gesundheitsführer angegeben.

Bei Auftreten eines Ereignisses das Anlass zur Ausführung einer gedeckten Leistung gibt, hat die versicherte Person dies umgehend mittels des von dem Versicherungsgebers vorgesehenen telefonischen Notrufdienstes mitzuteilen, wobei sie den Namen der versicherten Person, Nummer der MEDIFIAC-Police, Ort und Telefonnummer wo sie sich befindet und Art der benötigten Versorgung angeben muss. Diese Mitteilung kann per **R-Gespräch** erfolgen.

ZUSÄTZLICHE BESTIMMUNGEN

Der Versicherungsgeber übernimmt keine Art Verpflichtung bezüglich der Leistungen, die nicht beantragt oder die ohne vorhergehender Abmachung verrichtet worden sind,

ausgenommen es handelt sich um eine angemessen gerechtfertigte höhere Gewalt. Sollte die Durchführung einer Leistung mit der direkten Mitwirkung des Versicherungsgebers nicht möglich sein, so ist dieser verpflichtet der versicherten Person die angemessen bescheinigten Kosten, die von den genannten Leistungen stammen, innerhalb einer Frist von 40 Tagen nach Durchführung dieser, zurückzuerstatten.

Diese ergänzenden Garantien sind Bestandteil der entsprechenden MEDIFIATC-Police und haben deshalb von dieser getrennt keine Gültigkeit. Die Allgemeinen Bedingungen der genannten Police sind nur dann anwendbar, wenn sie den vorliegenden Bestimmungen nicht widersprechen.

SUBROGATION

Bis zum gesamten zurückerstatteten Betrag in Erfüllung der Verpflichtungen der vorliegenden Police subrogiert der Versicherungsgeber von selbst in die Rechte und Handlungen, die sowohl der versicherten Personen und ihrer Erben, als auch anderer Leistungsempfänger als Folge des verursachenden Ereignisses der geleisteten Versorgung zukommen könnten.

Nicht zuletzt kann der Versicherungsgeber dieses Recht gegenüber Firmen für Transport zu Land, Wasser und Luft bezüglich der vollständigen oder teilweisen Zurückerstattung der Kosten für die nicht verwendeten Tickets der versicherten Personen oder Leistungsempfänger ausüben.

Bei Leistungskonkurrenz mit anderen öffentlichen oder privaten Versicherungen sind die Artikel einunddreißig und zweiunddreißig im Versicherungsvertragsgesetz wirksam.

ARTIKEL 21 BESCHWERDEBUCH

In allen Geschäftsstellen der Versicherungsgesellschaft steht ein offizielles Beschwerdebuch zur Verfügung, damit die versicherten Personen dort die von ihnen erachteten Beschwerden vermerken können.

DATENSCHUTZKLAUSEL

In Erfüllung des Ausführungsgesetzes 15/1999 vom 13. Dezember (Ley orgánica 15/1999) über den personenbezogenen Datenschutz und mit der Absicht die im Versicherungsvertrag garantierten Gesundheitsleistungen zu erfüllen, darzulegen, zu überprüfen und auszuführen, bewilligt die versicherte Person ausdrücklich, dass die Versicherungsgesellschaft ihre Daten persönlicher Natur, eingeschlossen die ihrer Gesundheit, informatisch behandeln kann. Ferner bewilligt sie, dass diese Daten sowohl innerhalb der Versicherungsgesellschaft, als auch unter den Ärzten, Gesundheitszentren, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen oder Personen ausgetauscht werden. Zur zweckmäßigen Ausführung des Vertrags müssen die Daten sachgemäß, verwendbar und mäßig sein. Die dem Versicherungsvertrag zu Grunde liegende gültige Gesetzgebung verpflichtet die versicherte Person dazu, den Versicherungsgeber über die Gründe für die Leistungsveranlassung zu informieren, damit dieser von den gesundheitlichen Leistungserbringern Information erhalten kann, um die mit der Gesundheit und der benötigten Behandlung in Zusammenhang stehende Leistung erbringen zu können.

Um vom Recht auf Zugang, Änderung, Löschung oder Widerspruch der Daten Gebrauch zu machen, ist ein schriftlicher und unterzeichneter Antrag an unseren in der Avenida Diagonal, Nr. 648, in Barcelona befindlichen Gesellschaftssitz, bzw. eine E-Mail an fiatc@fiatc.es, zu richten. Bei Widerspruch gegen die Behandlung und gegen die Überlassung der im obigen Abschnitt erwähnten Daten, können die Leistungen der Versicherungspolice nicht erbracht werden, solange der Widerspruch andauert, da die Versicherungsgesellschaft in diesem Falle nicht über die erforderlichen Daten für die Berechnung der Entschädigungsleistung und andere im Versicherungsvertrag festgelegten Absichten verfügt.

Abschließend, und für den Fall, dass Sie Daten von Dritten angegeben haben, verpflichten Sie sich dazu, diese über das Vorangegangene zu unterrichten.

LETZTE ZUSÄTZLICHE KLAUSEL: BESCHWERDEINSTANZEN

Fiatcs Vorschrift der Kundenverteidigung (Reglamento de Defensa del Cliente) steht den Kunden des VVaG in allen der Öffentlichkeit zugänglichen Geschäftsstellen, im Firmensitz (Avenida Diagonal, 648, Barcelona) und auf der Webseite www.fiatc.es zur Verfügung.

1. KUNDENDIENST ODER KUNDENDIENSTABTEILUNG (SCAC)

Der Kundendienst oder die Kundendienstabteilung bearbeitet, unterweist und bereinigt die Ganzheit der Beschwerden und Beanstandungen bezüglich des Versicherungsvertrags vonseiten der Versicherungsnehmer, versicherten Personen, Leistungsempfänger oder Drittbenachteiligte, die mit ihren Interessen und gesetzlich anerkannten Rechte in Verbindung stehen.

Die Kundendienstabteilung (SCAC) befindet sich in unserem Gesellschaftssitz in der Avenida Diagonal, Nr. 648, -08017- in Barcelona, Tlf. 902 110 120, Fax 932 802 216 und die Email-Adresse lautet: scac@fiatc.es

SCAC verfügt über **ZWEI MONATE**, ab Vorlage der Beschwerde oder Beanstandung, um ein endgültiges Urteil zu fällen.

2. VERWALTUNGSVORGEHEN

Bei Ablehnung oder wenn vonseiten SCAC innerhalb von zwei Monaten kein Beschluss gefasst worden ist, kann der Beschwerdeführer seine Beschwerde der KOMMISSION FÜR DIE KUNDENVERTEIDIGUNG VON FINANZIELLEN DIENSTEN (Comisionado para la defensa del cliente de los servicios financieros) unterbreiten, die der Generaldirektion für Versicherungen und Pensionsfonds unterstellt ist, und ihren Sitz in Paseo de la Castellana, Nr. 44, -28042- in Madrid hat.

3. RICHTER UND GERICHTSHÖFE

Allgemeinwirkend und ohne der Verpflichtung der obigen Vorgehensweise nachzukommen, werden die Streitigkeiten vor den entsprechenden Richtern und Gerichtshöfen gelöst.

VERSICHERUNGSGRUPPEN ODER MODALITÄTEN DER MUTUA (=SPANISCHER VERSICHERUNGSVEREIN FÜR GEGENSEITIGKEIT, VVAG)

- **AUTOMOBILE** (Inklusive Rechtsschutz des Fahrers)
- **ENTZIEHUNG DER FAHRERLAUBNIS**
- **INSASSEN-UNFALLVERSICHERUNG**
- **ALLGEMEINE HAFTPFLICHT**
- **HAFTPFLICHT FÜR JÄGER**
- **NUKLEARRISIKEN (NUKLEAR-VERSICHERUNGSPool)**
- **UMWELTRISIKEN (Pool)**
- **FEUER**
- **DIEBSTAHL-/RAUB**
- **KOMBINIERTER FEUER-/DIEBSTAHLVERSICHERUNG**
- **GLAS**
- **ENTGANGENER GEWINN**
- **RISIKO**
- **VOLLKASKO MATERIALSCHADEN** (Maxi-Ris)
- **MULTI-RISK FÜR UNTERNEHMEN** (Maxi-Empresa)
- **MULTI-RISK FÜR GEWERBE UND HANDEL**
- **MULTI-RISK HAUSHALT**
- **MULTI-RISK GEMEINDEN**
- **MULTI-RISK FÜR HOTELBETRIEBE** (Maxi-Hotel)
- **MULTI-RISK FÜR SPEDITEURE**
- **TRANSPORT**
- **FREIZEIBOOTE**
- **FLUG (Pool AGARA)**
- **PFERDESCHUTZ (EQUIFIATC)**
- **AGRARSCHUTZ (AGROSEGURO)**
- **BAU VOLLKASKO**
- **MONTAGE VOLLKASKO**
- **MASCHINEN-BETRIEBSUNTERBRECHUNG**
- **ELEKTRONIK** (Computer usw.)
- **KRANKENVERSICHERUNG**
- **GESUNDHEITSVERSORGUNG (MEDIFIATC)**
- **KRANKENHAUSAUFENTHALT UND CHIRURGIE**
- **MULTIMEDIC UND MULTIMEDIC PLUS**
- **PERSÖNLICHE UNFALLVERSICHERUNG**
- **LEBEN**
- **LEBEN/RENTE**
- **FAMILIENPLAN**
- **TODESFALL (GESTISEP)**

