

Leistungsmerkmale KombiMed Zahn. Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

Klartext – wir möchten, dass Sie uns verstehen. Und Klartext zu sprechen, heißt für uns auch, offen über Dinge zu reden. Die Übersicht zeigt Ihnen die wichtigsten Leistungsmerkmale der KombiMed-Produkte im Vergleich. Weitere Leistungsbeschreibungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in denen die Leistungen nach Art und Umfang geregelt sind. Die Prozentangaben beziehen sich auf die erstattungsfähigen Kosten und nicht auf den Rechnungsbetrag.

Zahnersatz

Leistungsmerkmale	Basis KombiMed Zahn Tarif KDT70	Komfort KombiMed Zahn Tarif KDTK85	Premium KombiMed Dental Tarif KDTP100
Zahnersatz	70 % inklusive der GKV-Vorleistung für <ul style="list-style-type: none"> • Kronen • Teilkronen, z. B. Onlays, Veneers usw. • Brücken • Zahnprothesen • Wiederherstellung von Zahnkronen und Zahnersatz • Verblendungen bis zum 6. Zahn • Begleitleistungen wie z. B. Lokalanästhesien oder Röntgenaufnahmen 	85 % inklusive der GKV-Vorleistung für <ul style="list-style-type: none"> • Kronen • Teilkronen, z. B. Onlays, Veneers usw. • Brücken • Zahnprothesen • Wiederherstellung von Zahnkronen und Zahnersatz • Verblendungen bis zum 6. Zahn • Begleitleistungen wie z. B. Lokalanästhesien oder Röntgenaufnahmen 	100 % inklusive der GKV-Vorleistung für <ul style="list-style-type: none"> • Kronen • Teilkronen, z. B. Onlays, Veneers usw. • Brücken • Zahnprothesen • Wiederherstellung von Zahnkronen und Zahnersatz • Verblendung bis zum 8. Zahn • Begleitleistungen wie z. B. Lokalanästhesien oder Röntgenaufnahmen
Implantate	70 % inklusive der GKV-Vorleistung für Implantate sowie dazugehörige chirurgische Maßnahmen, z. B. für den Knochenaufbau. Die Leistung der GKV ist dann erfüllt, wenn die GKV-Pflichtleistung für den zahnmedizinischen Befund (z. B. der Festzuschuss für den fehlenden Zahn) vorliegt.		

Leistungsmerkmale	Basis KombiMed Zahn Tarif KDT70	Komfort KombiMed Zahn Tarif KDTK85	Premium KombiMed Dental Tarif KDTP100
Zahnbehandlung (inklusive Inlays)	Inklusive der GKV-Vorleistung <ul style="list-style-type: none"> • 70 % für Inlays • 75 % für Kunststofffüllungen/dentinadhäsive Füllungen 	Inklusive der GKV-Vorleistung <ul style="list-style-type: none"> • 85 % für Inlays • 100 % für Kunststofffüllungen/dentinadhäsive Füllungen 	Inklusive der GKV-Vorleistung <ul style="list-style-type: none"> • 100 % für Inlays • 100 % für Kunststofffüllungen/dentinadhäsive Füllungen • 100 % für Aufbissbehelfe und Schienen
	Weitere Leistungen der Zahnbehandlung, z. B. Wurzelbehandlung, sind in diesem Tarif nicht versichert. Hierfür empfehlen wir zusätzlich den Abschluss des Tarifs KDBS, KDBE oder KDBP.		
Funktionsanalyse und Funktionstherapie	70 % inklusive der GKV-Vorleistung für Funktionsanalyse/Funktionstherapie, wenn diese im Zusammenhang mit den im Tarif enthaltenen Leistungen stehen. Voraussetzung hierfür ist die GKV-Pflichtleistung für den zahnmedizinischen Befund (z. B. fehlender Zahn).	85 % inklusive der GKV-Vorleistung für	100 % inklusive der GKV-Vorleistung für
Schmerztherapie	Nein.	Nein.	70 %, bis zu 300 Euro je Kalenderjahr für <ul style="list-style-type: none"> • Narkosen (z. B. Vollnarkose) durch Narkose-/Zahnärzte • Akupunktur und Hypnose durch Zahnärzte Beides unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit.
Leistungserhöhung bzw. -erweiterung	100 % (statt 70 %) inkl. GKV-Vorleistung, wenn <ul style="list-style-type: none"> • Zahnersatz als Regelversorgung durchgeführt wird. 75 % (statt 70 %) inkl. GKV-Leistung für die zahnärztlichen Leistungen, wenn ein mit der DKV kooperierender Zahnarzt aufgesucht wird.	100 % (statt 85 %) inkl. GKV-Vorleistung, wenn <ul style="list-style-type: none"> • Zahnersatz als Regelversorgung durchgeführt wird, • die (versicherten) zahnärztlichen Leistungen unfallbedingt sind. 90 % (statt 85 %) inkl. GKV-Leistung für die zahnärztlichen Leistungen, wenn ein mit der DKV kooperierender Zahnarzt aufgesucht wird.	Der Tarif hat bereits eine 100 %-Erstattung.
Ohne GKV-Vorleistung (z. B. Privatzahnarzt)	35 % für die vorstehenden Leistungen, wenn die GKV nicht vorleistet. Eine solche Ablehnung durch die GKV tritt beispielsweise dann ein, wenn Sie sich von einem Zahnarzt behandeln lassen, der als Privatzahnarzt auf die kassenärztliche Zulassung verzichtet.	50 % für die vorstehenden Leistungen, wenn die GKV nicht vorleistet.	70 % für die vorstehenden Leistungen, wenn die GKV nicht vorleistet.

Leistungsmerkmale	Basis KombiMed Zahn Tarif KDT70	Komfort KombiMed Zahn Tarif KDTK85	Premium KombiMed Dental Tarif KDTP100
Summenbegrenzung in den ersten Jahren (Zahnstaffel)	<p>Die Summenbegrenzung gilt für die ersten 3 Jahre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • im 1. Versicherungsjahr bis 500 Euro • im 1. bis 2. Versicherungsjahr bis 1.000 Euro • im 1. bis 3. Versicherungsjahr bis 1.500 Euro <p>Die Zahnstaffel entfällt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ab dem 4. Versicherungsjahr • bei Aufwendungen aufgrund eines Unfalls 	<p>Die Summenbegrenzung gilt für die ersten 3 Jahre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • im 1. Versicherungsjahr bis 500 Euro • im 1. bis 2. Versicherungsjahr bis 1.000 Euro • im 1. bis 3. Versicherungsjahr bis 1.500 Euro <p>Die Zahnstaffel entfällt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ab dem 4. Versicherungsjahr • bei Aufwendungen aufgrund eines Unfalls 	<p>Die Summenbegrenzung gilt für die ersten 3 Jahre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • im 1. Versicherungsjahr bis 600 Euro • im 1. bis 2. Versicherungsjahr bis 1.200 Euro • im 1. bis 3. Versicherungsjahr bis 1.800 Euro <p>Die Zahnstaffel entfällt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • für die im Tarif aufgeführten Schmerztherapien • ab dem 4. Versicherungsjahr • bei Aufwendungen aufgrund eines Unfalls
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Es gibt keine leistungsfreien Zeiten.		
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	<p>Es werden zwei Gesundheitsfragen gestellt. Je nach Ergebnis kann ein Zuschlag bzw. der Ausschluss von Leistungen vereinbart werden. Fehlende Zähne sind mit einem Beitragszuschlag mitversichert, wenn die Behandlung vor Beginn des Versicherungsschutzes weder begonnen hat noch von einem Zahnarzt angeraten worden ist. Pro fehlendem Zahn beträgt der Zuschlag für die Dauer des Vertrages:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 Euro • 4 Euro • 7 Euro <p>Ab 4 fehlenden nicht ersetzten Zähnen sind die Kosten für Zahnersatz sowie implantologische Leistungen einschließlich damit im Zusammenhang stehender funktionsanalytischer/funktions-therapeutischer Maßnahmen sowie anfallende zahntechnische Laborarbeiten und Materialien nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.</p>		
Gebührenordnung	Zahnärztliche Leistungen werden im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (GOÄ/GOZ) und der dort festgelegten Bemessungskriterien erstattet.		
Geltungsbereich	<p>Innerhalb der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und der Schweiz besteht Versicherungsschutz, wenn der Aufenthalt vorübergehend ist. Die Leistungen werden bis zu der Höhe erstattet, die bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen wäre. Gleiches gilt, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR verlegt. Außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.</p>		
Serviceleistungen	<p>Die Experten unseres Gesundheitstelefons beantworten Ihre Fragen zu medizinischen Themen und zur zahnärztlichen Versorgung etc. Das Gesundheitstelefon erreichen Sie unter 0800 3746-600 (gebührenfreie Rufnummer) oder per E-Mail an zahninfo@dkv.com.</p>		

Leistungsmerkmale	Basis KombiMed Zahn Tarif KDT70	Komfort KombiMed Zahn Tarif KDTK85	Premium KombiMed Dental Tarif KDTP100
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Wir haben diese Tarife nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Sie sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesen Tarifen nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge.		
Anpassung von Beiträgen	Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.		

MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO

STAND: TARIF KDT70 01.07.2018 / TARIF KDTK85 01. 10. 2019 / Tarif KDTP100 01.01.2016

Tarif	Tarif KDT70	Tarif	Tarif KDTK85	Tarif KDTP100
Alter	Mann/Frau	Alter	Mann/Frau	Mann/Frau
0–19 Jahre	0,54	0–19 Jahre	0,77	2,22
20–30 Jahre	4,01	20–29 Jahre	5,95	15,45
31–35 Jahre	8,05	30–39 Jahre	13,27	23,78
36–40 Jahre	10,24	40–49 Jahre	20,59	34,71
41–45 Jahre	12,75	50–59 Jahre	30,17	51,49
46–50 Jahre	15,41	Ab 60 Jahren	34,32	61,27
51–55 Jahre	19,14			
56–60 Jahre	22,08			
Ab 61 Jahren	23,18			

KDT70: Für die versicherte Person, die das 19., 30., 35., 40., 45., 50., 55., 60., 65. bzw. 70. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

KDTK85: Für die versicherte Person, die das 19., 29., 39., 49., 59., 69. bzw. 79. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Tarif KDTP100: Für die versicherte Person, die das 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Zahnbehandlung

Leistungsmerkmale	Basis KombiMed Zahn Tarif KDBS	Komfort KombiMed Zahn Tarif KDBE	Premium KombiMed Zahn Tarif KDBP
Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung	100 % für eine professionelle Zahnreinigung (PZR) in einem Kalenderjahr bis zu 70 Euro.	100 % für zwei professionelle Zahnreinigungen (PZR) in einem Kalenderjahr bis zu jeweils 75 Euro je PZR.	100 %, bis zu 300 Euro in einem Kalenderjahr, für Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR), Fissurenversiegelung, Zahnsteinentfernung, Prothesenreinigung, soweit für die Aufwendungen keine Leistungspflicht der GKV besteht.
Zahnärztliche Leistungen	75 % für	100 % für	100 % für
	parodontologische Leistungen und Wurzelbehandlungen, soweit keine Leistungsansprüche gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen.		
Zahnersatz (inklusive Inlays)	Nein. Hier empfehlen wir den Abschluss des Tarifs KDT70, KDTK85 oder KDTP100.		
Implantate	Nein. Hier empfehlen wir den Abschluss des Tarifs KDT70, KDTK85 oder KDTP100.		

Zahnbehandlung

Leistungsmerkmale	Basis KombiMed Zahn Tarif KDBS	Komfort KombiMed Zahn Tarif KDBE	Premium KombiMed Zahn Tarif KDBP
Kieferorthopädie (KFO)	Nein.	<p>100% bis zu 1.500 Euro je Versicherungsfall für Kieferorthopädie, sofern bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.</p> <p>Hinweis: Der Eigenanteil bei einer nicht planmäßigen Beendigung der KFO, für die die GKV leistet, wird nicht erstattet</p>	<p>100 % bis zu 3.000 Euro je Versicherungsfall für Kieferorthopädie, sofern bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.</p> <p>Erwachsene ab Vollendung des 18. Lebensjahres: 100 % für Kieferorthopädie, wenn die Maßnahmen aufgrund eines Unfalls erforderlich sind.</p> <p>Hinweis: Der Eigenanteil bei einer nicht planmäßigen Beendigung der KFO, für die die GKV leistet, wird nicht erstattet</p>
Funktionsanalyse / Funktionstherapie	Nein.	Soweit diese Leistungen im Zusammenhang mit einer KFO durchgeführt werden, werden die Aufwendungen im Rahmen der geltenden Leistungsbegrenzungen für die KFO erstattet.	Soweit diese Leistungen im Zusammenhang mit einer KFO durchgeführt werden, werden die Aufwendungen im Rahmen der geltenden Leistungsbegrenzungen für die KFO erstattet.
Zahnaufhellende Maßnahmen (Bleaching) für Erwachsene	Nein.	Nein.	Eine Bleaching-Behandlung innerhalb von zwei Kalenderjahren zu 100 % , bis zu 300 Euro, wenn die Behandlung von einem Zahnarzt bzw. unter seiner Aufsicht durchgeführt wird (ab Alter 18). Ein erneuter Anspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Bleaching-Behandlung zwei Kalenderjahre zurückliegt. Diese Aufwendung erstatten wir unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit.
Leistungserhöhung bzw. -erweiterung	Nein.	Bis zu jeweils 100 Euro (statt 75 Euro) für zwei professionelle Zahnreinigungen im Kalenderjahr, wenn Sie diese Behandlungen durch einen mit der DKV kooperierenden Zahnarzt durchführen lassen.	Nein.
Summenbegrenzung in den ersten Jahren (Zahnstaffel)	Nein.	Nein.	Nein.
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Es gibt keine leistungsfreien Zeiten.		

Zahnbehandlung

Leistungsmerkmale	Basis KombiMed Zahn Tarif KDBS	Komfort KombiMed Zahn Tarif KDBE	Premium KombiMed Zahn Tarif KDBP
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Es wird eine Gesundheitsfrage gestellt. Je nach Ergebnis kann der Ausschluss von Leistungen vereinbart werden.		
Gebührenordnung	Zahnärztliche Leistungen werden im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (GOÄ/GOZ) und der dort festgelegten Bemessungskriterien erstattet.		
Geltungsbereich	Innerhalb der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und der Schweiz besteht Versicherungsschutz, wenn der Aufenthalt vorübergehend ist. Die Leistungen werden bis zu der Höhe erstattet, die bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen wären. Gleiches gilt, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR verlegt. Außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.		
Serviceleistungen	Die Experten unseres Gesundheitstelefons beantworten Ihre Fragen zu medizinischen Themen und zur zahnärztlichen Versorgung. Das Gesundheitstelefon erreichen Sie unter 0800 3746-600 (gebührenfreie Rufnummer) oder per E-Mail an zahninfo@dkv.com .		
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Wir haben diesen Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Er ist ein reiner Risikotarif. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge.		
Anpassung von Beiträgen	Sie ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.		

MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO

STAND: TARIF KDBS 01.07.2018 / Tarif KDBE 01.07.2015 / Tarif KDBP 01.10.2019

Tarif	Tarif KDBS	Tarif KDBE	Tarif KDBP
Alter	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau
0–19 Jahre	0,67	9,45	17,62
Ab 20 Jahren	5,96	9,44	15,34

Tarif KDBS, Tarif KDBE und KDBP: Sobald eine versicherte Person das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Leistungsmerkmale KombiMed Krankenhaus. Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

Klartext – wir möchten, dass Sie uns verstehen. Und Klartext zu sprechen, heißt für uns auch, offen über Dinge zu reden. Die Übersicht zeigt Ihnen die wichtigsten Leistungsmerkmale der KombiMed Produkte im Vergleich. Weitere Leistungsbeschreibungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in denen die Leistungen nach Art und Umfang geregelt sind.

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankenhaus Tarif KS1 Tarif KS2	KombiMed Krankenhaus Tarif KGZ1 Tarif KGZ2
Versicherbarer Personenkreis	Gesetzlich Versicherte mit Eintrittsalter zwischen 20 und 39.	Gesetzlich Versicherte.
Behandlung durch den Chefarzt und andere Ärzte oder Hebammen	Ja, auch in einer Privatklinik.	
Leistungsgrenze für Chefarztbehandlung	Nein.	
Leistungsgrenze für die Behandlung bei Krankheiten und Unfall	Nein, geleistet wird für Krankheit und Unfall.	
Übernahme der Mehrkosten für die Unterbringung im Ein- bzw. Zweibettzimmer	Ja. Im Tarif KS1 und KGZ1 für das Ein- oder Zweibettzimmer. Im Tarif KS2 und KGZ2 für das Zweibettzimmer. Zählt Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, wird der Zuschlag für Einbettzimmer zu 60% ersetzt.	
Aufenthalt in einer Privatklinik	Ja. Leistet die gesetzliche Krankenkasse nicht, erstatten wir die Mehrkosten für das Ein- oder Zweibettzimmer sowie die Chefarztbehandlung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte.	
	Nach Vorleistung der Krankenkasse, egal in welcher Höhe, sind auch die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen versichert.	Nach Vorleistung der Krankenkasse, egal in welcher Höhe, sind auch die erstattungsfähigen Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen versichert.
Ambulante Operationen	Bei bestimmten ambulanten Operationen zahlen wir eine Pauschale in Höhe von 200 Euro.	
Ersatz-Krankenhaustagegeld als Ausgleichszahlung	Ja, wenn die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer nicht erfolgt und gleichzeitig auch auf die Chefarztbehandlung verzichtet wird.	
	Dann zahlen wir Ihnen pro Tag 25 Euro (KS1) bzw. 20 Euro (KS2).	Dann zahlen wir Ihnen pro Tag 25 Euro (KGZ1) bzw. 20 Euro (KGZ2). Kinder erhalten den halben Betrag.

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankenhaus Tarif KS1 Tarif KS2	KombiMed Krankenhaus Tarif KGZ1 Tarif KGZ2
Leistungsgrenze für die Übernahme der Mehrkosten für das Ein- oder Zweibettzimmer	Nein.	
Optionsrecht	Nein, aber zum Ende des Kalenderjahres, in dem der/die Versicherte das 44. Lebensjahr vollendet, erfolgt die Umstellung auf Tarif KGZ. Hiermit ist eine bedeutende Beitragssteigerung verbunden.	Nein.
Leistungserstattung im Ausland	Ja. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in anderen Staaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes und in der Schweiz.	Ja. Versicherungsschutz besteht bei einem vorübergehenden Aufenthalt in anderen europäischen Staaten. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz bis zu einem Monat. Wichtig: Besteht der Vertrag bei Beginn des Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland bereits 12 Monate, verlängert sich der Versicherungsschutz auf 6 Monate.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann ein Zuschlag bzw. der Ausschluss von Krankheiten vereinbart werden.	
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Wir haben diesen Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Er ist ein reiner Risikotarif. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge (siehe nächste Seite).	Ja. Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
Anpassung von Beiträgen	Ja. Sie ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.	
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Nein.	

MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO

(STAND: 01. 07. 2017 FÜR TARIF KS1/2 / 01.07.2019 FÜR TARIF KGZ2; 01. 07. 2018 FÜR TARIF KGZ1)

KombiMed Tarif KS:

– Für die versicherte Person, die das 24., 29., 34. bzw. 39. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

KombiMed Tarif KGZ:

– Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Tarif	Tarif KS1	Tarif KS2	Tarif KGZ1	Tarif KGZ2
Alter	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau
0–14 Jahre	–	–	5,85	3,35
15 Jahre	–	–	11,23	7,20
16 Jahre	–	–	11,23	7,20
17 Jahre	–	–	11,23	7,20
18 Jahre	–	–	11,23	7,20
19 Jahre	–	–	11,23	7,20
20 Jahre	14,86	11,24	34,59	26,66
21 Jahre	14,86	11,24	35,55	27,30
22 Jahre	14,86	11,24	36,55	27,97
23 Jahre	14,86	11,24	37,60	28,66
24 Jahre	14,86	11,24	38,65	29,35
25 Jahre	22,37	15,60	39,70	30,04
26 Jahre	22,37	15,60	40,72	30,73
27 Jahre	22,37	15,60	41,74	31,40
28 Jahre	22,37	15,60	42,75	32,08
29 Jahre	22,37	15,60	43,75	32,75
30 Jahre	31,01	20,71	44,73	33,41
31 Jahre	31,01	20,71	45,67	34,06
32 Jahre	31,01	20,71	46,59	34,71
33 Jahre	31,01	20,71	47,49	35,35
34 Jahre	31,01	20,71	48,43	36,01
35 Jahre	31,01	20,71	49,41	36,69
36 Jahre	31,01	20,71	50,37	37,37
37 Jahre	31,01	20,71	51,36	38,08
38 Jahre	31,01	20,71	52,40	38,81
39 Jahre	31,01	20,71	53,53	39,59
40 Jahre	31,01	20,71	54,75	40,41
41 Jahre	31,01	20,71	56,07	41,30
42 Jahre	31,01	20,71	57,49	42,23
43 Jahre	31,01	20,71	59,02	43,24
44 Jahre	31,01	20,71	60,61	44,28
45 Jahre	–	–	62,24	45,36
46 Jahre	–	–	63,97	46,48
47 Jahre	–	–	65,76	47,65
48 Jahre	–	–	67,62	48,87
49 Jahre	–	–	69,51	50,13
50 Jahre	–	–	71,44	51,42
51 Jahre	–	–	73,42	52,74
52 Jahre	–	–	75,45	54,11
53 Jahre	–	–	77,53	55,52
54 Jahre	–	–	79,65	56,96
55 Jahre	–	–	81,82	58,42
56 Jahre	–	–	84,05	59,92
57 Jahre	–	–	86,34	61,46
58 Jahre	–	–	88,70	63,03
59 Jahre	–	–	91,09	64,63
60 Jahre	–	–	93,50	66,25
61 Jahre	–	–	95,98	67,88
62 Jahre	–	–	98,50	69,55
63 Jahre	–	–	101,09	71,24
64 Jahre	–	–	103,64	72,93
65 Jahre	–	–	104,20	73,16
66 Jahre	–	–	106,76	74,86
67 Jahre	–	–	109,30	76,55
68 Jahre	–	–	111,83	78,25
69 Jahre	–	–	114,37	79,92
70 Jahre	–	–	116,93	81,57

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankenhaus Unfall Tarif KSU	KombiMed Krankenhaus Tarif UZ1 Tarif UZ2
Versicherbarer Personenkreis	Gesetzlich Versicherte.	
Behandlung durch den Chefarzt und andere Ärzte oder Hebammen	Ja, auch in einer Privatklinik.	Nein.
Leistungsgrenze für Chefarztbehandlung	Nein.	Für Chefarztbehandlung wird nicht geleistet.
Leistungsgrenze für die Behandlung bei Krankheiten und Unfall	Ja, geleistet wird ausschließlich aufgrund eines Unfalls.	Nein, geleistet wird für Krankheit und Unfall.
Übernahme der Mehrkosten für die Unterbringung im Ein- bzw. Zweibettzimmer	Ja, für das Ein- oder Zweibettzimmer.	Ja, wenn die Krankenkasse ihre Pflichtleistung erbringt. Im Tarif UZ2 für das Zweibettzimmer. Im Tarif UZ1 für das Ein- oder Zweibettzimmer.
Aufenthalt in einer Privatklinik	Ja. Erbringt die gesetzliche Krankenkasse ihre Pflichtleistung nicht, erstatten wir die Mehrkosten für das Ein- oder Zweibettzimmer sowie die Chefarztbehandlung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte. Übernimmt die Krankenkasse ihre Pflichtleistung, sind auch die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen versichert.	Ja, wenn die Krankenkasse ihre Pflichtleistung erbringt. Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen sind auch dann nicht versichert, wenn die Krankenkasse ihre Pflichtleistung übernimmt.
Ambulante Operationen	Bei bestimmten unfallbedingten ambulanten Operationen zahlen wir eine Pauschale in Höhe von 200 Euro.	Nein.
Ersatz-Krankenhaustagegeld als Ausgleichszahlung	Ja, wenn die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer nicht erfolgt und gleichzeitig auch auf die Chefarztbehandlung verzichtet wird. Dann zahlen wir Ihnen pro Tag 25 Euro.	Ja, das Ersatz-Krankenhaustagegeld wird aber nur dann gezahlt, wenn das Krankenhaus die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer nicht zur Verfügung stellen kann. Dann zahlen wir Ihnen pro Tag 50 Euro (UZ1) bzw. 25 Euro (UZ2). Auch Kindern.
Leistungsgrenze für die Übernahme der Mehrkosten für das Ein- oder Zweibettzimmer	Nein.	
Optionsrecht	Nein.	
Leistungserstattung im Ausland	Ja. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in anderen Staaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes und in der Schweiz.	
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Nein. Es besteht kein Leistungsanspruch für einen Versicherungsfall, der vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist.	Nein. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir nicht. Davon ist auszugehen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrages anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose(n) erfolgt sein.

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankenhaus Unfall Tarif KSU	KombiMed Krankenhaus Tarif UZ1 Tarif UZ2
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Wir haben diesen Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Er ist ein reiner Risikotarif. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge.	
Anpassung von Beiträgen	Ja. Sie ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.	
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Es bestehen keine Wartezeiten.	Ja. Allgemeine Wartezeit: In den ersten 3 Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Besondere Wartezeit: In den ersten 8 Monaten besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Behandlungen eine Entbindung, Psychotherapie oder einen Zahnersatz betreffen. Wegfall der Wartezeit: Die allgemeine Wartezeit entfällt bei einem Unfall.

MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO

(STAND: 01. 01. 2018 FÜR TARIF KSU) (STAND: 01. 07. 2019 FÜR TARIF UZ1 / 01. 10. 2018 FÜR TARIF UZ2)

Tarif Alter	Tarif KSU	Tarif UZ1	Tarif UZ2
	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau
0–19 Jahre	3,90	9,01	2,38
20–29 Jahre	6,10	12,03	3,64
30–39 Jahre	6,40	17,74	5,02
40–49 Jahre	6,40	17,06	4,87
50–59 Jahre	8,00	22,20	6,76
60–69 Jahre	13,80	34,05	11,52
70–79 Jahre	23,90	56,24	22,14
80–89 Jahre	35,80	87,85	40,72
90–99 Jahre	44,30	95,12	45,07

Tarif KSU: Sobald eine versicherte Person das 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79., 89., 99. bzw. 109. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Tarif UZ: Sobald eine versicherte Person das 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr vollendet, ist für sie ab Beginn des nächsten Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankenhaustagegeld Tarif KKHT
Versicherbarer Personenkreis	Privat Vollversicherte und gesetzlich Versicherte.
Tagegeld	<p>Ja. Das Tagesgeld wird gezahlt für jeden Tag, auch für den Aufnahme- und Entlassungstag, – eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes. Ab dem 92. Tag der ununterbrochenen Behandlung im Krankenhaus gibt es eine Beitragsbefreiung.</p> <p>– einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme.</p> <p>– einer vollstationären Vorsorgemaßnahme für die Dauer von 28 Tagen. Ein erneuter Leistungsanspruch besteht 36 Monate ab Beginn der letzten Vorsorgemaßnahme.</p> <p>Bei Kindern bis 14 Jahre verdoppelt sich das Tagesgeld, wenn ein Elternteil oder eine andere Bezugsperson gemeinsam mit dem Kind im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird. Voraussetzung ist eine vollstationäre Behandlung.</p> <p>Das doppelte Tagesgeld wird für die Dauer des gemeinsamen Aufenthaltes gezahlt.</p>
Leistungsgrenze	<p>Ja. Das Krankenhaustagegeld kann bis zu 65 Euro pro Tag vereinbart werden.</p> <p>Für Kinder bis 14 Jahre kann ein Tagesgeld bis zu 30 Euro vereinbart werden.</p>
Leistungserstattung im Ausland	<p>Ja. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für 6 Monate bestehen.</p>
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	<p>Ja.</p> <p>Allgemeine Wartezeit: In den ersten 3 Monaten besteht kein Leistungsanspruch.</p> <p>Besondere Wartezeit: In den ersten 8 Monaten besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Behandlung eine Entbindung, Psychotherapie oder den Zahnersatz betrifft.</p> <p>Wegfall der Wartezeit:</p> <p>Die allgemeine Wartezeit entfällt bei einem Unfall.</p>
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	<p>Nein.</p> <p>Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir nicht. Davon ist auszugehen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung oder eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrages anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose(n) erfolgt sein.</p>
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	<p>Ja. Wir haben diesen Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Er ist ein reiner Risikotarif. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge.</p>
Anpassung von Beiträgen	<p>Ja. Das ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.</p>

MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO

(STAND: 01. 04. 2019) TAGEGELD JE 5 EURO

Tarif	Tarif KKHT
Alter	Mann/Frau
0–14 Jahre	0,93
15–19 Jahre	1,05
20–29 Jahre	0,89
30–39 Jahre	1,07
40–49 Jahre	1,22
50–59 Jahre	2,23
60–69 Jahre	3,88
70–79 Jahre	6,65
80–89 Jahre	9,74
90–99 Jahre	10,30

Sobald eine versicherte Person das 14., 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Leistungsmerkmale	KombiMed Best Care Tarif KBCK
Versicherbarer Personenkreis	Vollversicherte und gesetzlich Versicherte in Verbindung mit Tarifen, für die bei stationärer Heilbehandlung auch Wahlleistungen erstattungsfähig sind, und zwar – Unterkunftszuschlag für das Ein- oder Zweibettzimmer, – wahl- und belegärztliche Leistungen mindestens bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.
Schneller Zugang zu anerkannten Experten	Ja. Bei bestimmten schweren Erkrankungen die Terminvermittlung beim Top-Experten innerhalb von 5 Werktagen (Mo – Fr). Sie erhalten eine ausführliche Zweitmeinung zur weiteren Behandlung. Oder Sie werden vom Top-Experten stationär behandelt.
Leistungsgrenze	Ja. Wegen derselben Erkrankung können die Leistungen erst nach Ablauf von 12 Monaten erneut in Anspruch genommen werden. Der Tarif sieht keine Leistung vor: – bei psychischen (seelischen) Erkrankungen – bei akuten Notfällen – bei Transplantationen (außer Hauttransplantationen) – für die Erstattung der stationären Arzt- und Krankenhausrechnungen. Die Erstattung erfolgt aus dem stationären Schutz. – für die Erstattung der ambulanten Arztrechnungen und für Reise- und Transportkosten Für diese Kosten ist die Aufwandspauschale von 500 Euro vorgesehen.
Leistungserstattung im Ausland	Nein. Die Leistungen können nur in Deutschland in Anspruch genommen werden.
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Ja. Wartezeit: In den ersten 3 Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Wegfall der Wartezeit: bei einem Unfall.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Nein. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir nicht. Davon ist auszugehen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrages anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose erfolgt sein.
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Wir haben diesen Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Er ist ein reiner Risikotarif. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge.
Anpassung von Beiträgen	Ja, ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.

MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO

(STAND: 01. 04. 2020)

Tarif	Best Care Tarif KBCK
Alter	Mann/Frau
0–59 Jahre	3,70
ab 60 Jahren	10,70

Sobald eine versicherte Person das 59. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

DKV Deutsche Krankenversicherung
50594 Köln
Telefon 0800 3746-444 (gebührenfrei)*
Telefax +49 1805 786000 (14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)
*oder aus dem Ausland +49 221 57894005 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)
service@dkv.com, www.dkv.com

Leistungsmerkmale KombiMed Arzneimittel. Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

Klartext – wir möchten, dass Sie uns verstehen. Und Klartext zu sprechen, heißt für uns auch, offen über Dinge zu reden. Die Übersicht zeigt Ihnen die wichtigsten Leistungsmerkmale der KombiMed-Produkte im Vergleich. Weitere Leistungsbeschreibungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in denen die Leistungen nach Art und Umfang geregelt sind.

Leistungsmerkmale	KombiMed Arzneimittel Tarif KAZM
Arznei- und Verbandmittel	Ja. 80 %, bis zu 1.000 EUR je Versicherungsjahr für ärztlich verordnete (verschreibungs- und nicht verschreibungspflichtige) Arznei- und Verbandmittel. Hierzu zählen: – die von der gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommenen Arznei- und Verbandmittel (Privatrezepte), – Zuzahlungen und sonstige Eigenbeteiligungen, die bei einem Kassen-Rezept (GKV) anfallen können.
Vom Heilpraktiker verordnete Arznei- und Verbandmittel	Nein.
Geltungsbereich	Innerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) besteht ein zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. In der Schweiz besteht dieser nur bei einem vorübergehenden Aufenthalt. Die Leistungen werden bis zu der Höhe erstattet, die bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen wären. Außerhalb der EU, des EWR sowie außerhalb der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss.	Ja. Je nach Ergebnis kann ein Zuschlag bzw. der Ausschluss von Leistungen vereinbart werden.

Leistungsmerkmale	KombiMed Arzneimittel Tarif KAZM
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Wir haben diesen Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Er ist ein reiner Risikotarif. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge.
Anpassung der Versicherungsbeiträge	Ja, ist möglich. Es wird jedes Jahr geprüft, ob die Beiträge angepasst werden müssen. Dies kann dazu führen, dass sich die Versicherungsbeiträge erhöhen oder vermindern.

MONATLICHE BEITRÄGE IN EUR

(STAND: 01. 07. 2019)

Tarif	KombiMed Arzneimittel Tarif KAZM	
Alter	Mann/Frau	
0–19 Jahre	0,80	
20–29 Jahre	2,34	
30–39 Jahre	3,43	
40–49 Jahre	4,94	
50–59 Jahre	6,34	
60–69 Jahre	8,96	
70–79 Jahre	11,91	
80–89 Jahre	12,34	
90–99 Jahre	12,34	

Sobald eine versicherte Person das 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen

Leistungsmerkmale KombiMed Sehhilfen und Hilfsmittel. Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

Leistungsmerkmale	KombiMed Sehhilfen Tarif KSHR	KombiMed Hilfsmittel Tarif KHMR
Sehhilfen	Ja. – 80 %, bis zu 200 EURO ab dem 14. Lebensjahr einmal alle zwei Jahre für eine neue Brille oder Kontaktlinsen. – Ein Leistungsanspruch entsteht schon vorher bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge. – 80 %, bis zu 100 EURO je Sehhilfe bis zum 14. Lebensjahr bei medizinischer Notwendigkeit.	Ja. – 90 %, bis zu 300 EURO ab dem 14. Lebensjahr einmal alle zwei Jahre für neue Brillen oder Kontaktlinsen. – Ein Leistungsanspruch entsteht schon vorher bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge. – 90 %, bis zu 300 EURO bis zum 14. Lebensjahr bei medizinischer Notwendigkeit.
Hörgeräte	Nein.	Ja. 80 % der erstattungsfähigen Kosten, bis zu 600 EUR pro Hörgerät, auch ohne Vorleistung der Krankenkasse
Hilfsmittel außer Sehhilfen und Hörgeräte	Nein.	Ja. 80 % der erstattungsfähigen Kosten, bis zu 300 EUR pro Jahr nach Vorleistung der Krankenkasse
Geltungsbereich	Innerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) besteht ein zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. In der Schweiz besteht dieser nur bei einem vorübergehenden Aufenthalt. Die Leistungen werden bis zu der Höhe erstattet, die bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen wären. Außerhalb der EU, des EWR sowie außerhalb der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.	
Heilbehandlung bei Auslandsaufenthalt (weltweit, z. B. Reisen)	Ja. 100 % für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt bis zu 3 Monaten. Zahnärztliche Leistungen nur in Form von schmerzstillender Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung. Allgemein gilt: geplante oder bereits vor Reiseantritt zu erwartende Behandlungen werden nicht erstattet.	
Auslandsrücktransport	Ja. 100 % für die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Rücktransportes aus dem Ausland, wenn die Organisation durch die DKV erfolgt, sonst zu 80 %. Diese Erstattungssätze gelten auch, wenn der Rücktransport vorgenommen wird, weil die Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 2 Wochen übersteigen würde.	
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Nein.	Ja. Je nach Ergebnis kann der Ausschluss von Leistungen vereinbart werden.

Leistungsmerkmale	KombiMed Sehhilfen Tarif KSHR	KombiMed Hilfsmittel Tarif KHMR
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Wir haben diesen Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Er ist ein reiner Risikotarif. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge.	
Anpassung von Beiträgen	Ja, ist möglich. Es wird jedes Jahr geprüft, ob die Beiträge angepasst werden müssen. Dies kann dazu führen, dass sich die Versicherungsbeiträge erhöhen oder vermindern.	

MONATLICHE BEITRÄGE IN EUR

(STAND: 01. 07. 2018 FÜR TARIF KSHR, 01. 07. 2017 FÜR TARIF KHMR)

Tarif Alter	KombiMed Sehhilfen Tarif KSHR		KombiMed Sehhilfen Tarif KHMR	
	Mann/Frau		Mann/Frau	
0–19 Jahre	3,66		8,16	
ab 20 Jahre	5,39		10,44	

Sobald eine versicherte Person das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.



Leistungsmerkmale KombiMed Balance. Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

Leistungsmerkmale	KombiMed Balance Tarif KAB
	<p>Der Tarif KAB umfasst die zwei Tarifstufen KABN und KABZ. Sie unterscheiden sich lediglich dadurch, dass nach Tarifstufe KABZ versicherte Personen gleichzeitig einen KombiMed Zahn Tarif vereinbart haben müssen oder bereits versichert haben. Dafür gibt es in der Tarifstufe KABZ aktuell einen Beitragsvorteil.</p> <p>Wichtig zu wissen: Die Beiträge für die beiden Tarifstufen können sich bezogen auf die gleiche Altersgruppe unterschiedlich entwickeln. Somit ist der aktuelle Beitragsvorteil der Tarifstufe KABZ nicht garantiert. Die Höhe des Beitragsvorteils kann sich im Laufe der Zeit altersabhängig verändern oder sogar ganz entfallen.</p>
Arznei-, Verband und Heilmittel	<p>80 % für vom Arzt oder Heilpraktiker verordnete</p> <ul style="list-style-type: none"> – Arznei- und Verbandmittel – Heilmittel (z. B. Bäder oder Massagen). Dazu gehören auch logopädische, podologische, ergotherapeutische und osteopathische Leistungen. <p>Hierzu zählen auch Arznei-, Verband- und Heilmittel, die im Rahmen der Alternativmedizin verordnet werden sowie gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, maximal bis zu 600 EURO je Versicherungsjahr.</p>
Sehhilfen	<p>Ja. 100 % für neue Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen, maximal bis zu insgesamt 300 EURO innerhalb von 24 Monaten.</p>
Hörgeräte	<p>Ja. 100 % für vom Arzt verordnete Hörgeräte (inklusive gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen), maximal bis zu 600 EURO je Hörgerät.</p>
Hilfsmittel außer Sehhilfen und Hörgeräte	<p>Ja. 100 % für vom Arzt verordnete Hilfsmittel (z. B. Gehstützen oder Krankenfahrstühle und inklusive gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen), maximal bis zu 300 EURO je Versicherungsjahr.</p>
Alternativmedizin (Heilpraktiker und Naturheilverfahren gemäß Hufelandverzeichnis	<p>Ja. 80 % für vom Arzt oder Heilpraktiker durchgeführte Behandlungen nach Methoden der Alternativmedizin. Die Leistungserstattung erfolgt im Rahmen des Hufelandverzeichnis bzw. im Rahmen des Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker.</p> <p>Wir leisten maximal bis zu</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 EURO im ersten Versicherungsjahr – 200 EURO im zweiten Versicherungsjahr – 300 EURO im dritten Versicherungsjahr – 600 EURO in jedem weiteren Versicherungsjahr.
Refraktive Augen Chirurgie	<p>100 % für ärztliche Leistungen im Rahmen der refraktiven Augen Chirurgie wie z.B. Lasik oder Linsenaustausch, maximal 1.200 EURO.</p> <p>Eine erneute Erstattung ist nach 60 Monaten möglich.</p> <p>In den ersten drei Versicherungsjahren besteht eine Leistungsstaffel: Wir leisten maximal bis zu</p> <ul style="list-style-type: none"> – 200 EURO im ersten Versicherungsjahr. Eine erneute Erstattung ist nach 60 Monaten möglich. – 400 EURO im zweiten Versicherungsjahr, wenn im ersten Versicherungsjahr keine Leistung erfolgte. Eine erneute Erstattung ist nach 60 Monaten möglich. – 600 EURO im dritten Versicherungsjahr, wenn in den ersten beiden Versicherungsjahren keine Leistung erfolgte. Eine erneute Erstattung ist nach 60 Monaten möglich.
Vorsorgeuntersuchungen Schutzimpfungen Gesundheitskurse	<p>100 %, für</p> <ul style="list-style-type: none"> – ambulante Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Früherkennung von Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen), unabhängig von Altersgrenzen und Zeitabständen, – Schutzimpfungen (auch für private und berufliche Reisen), die von der Ständigen Impfkommission bzw. Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit empfohlen werden. – zwei Präventionskurse – auch als Online-Kurs – je Versicherungsjahr, maximal bis zu 600 EURO je Versicherungsjahr.

Leistungsmerkmale	KombiMed Balance Tarif KAB
Geltungsbereich	Innerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) besteht ein zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. In der Schweiz besteht dieser nur bei einem vorübergehenden Aufenthalt. Die Leistungen werden bis zu der Höhe erstattet, die bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen wären. Außerhalb der EU, des EWR sowie außerhalb der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.
Heilbehandlung bei Auslandsaufenthalt (weltweit, z. B. Reisen)	Ja. 100 % für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt bis zu 3 Monaten. Zahnärztliche Leistungen nur in Form von schmerzstillender Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung. Allgemein gilt: geplante oder bereits vor Reiseantritt zu erwartende Behandlungen werden nicht erstattet.
Auslandsrücktransport	Ja. 100 % für die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Rücktransportes aus dem Ausland, wenn die Organisation durch die DKV erfolgt, sonst zu 80 %. Diese Erstattungssätze gelten auch, wenn der Rücktransport vorgenommen wird, weil die Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 2 Wochen übersteigen würde.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann ein Zuschlag bzw. der Ausschluss von Leistungen vereinbart werden.
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Wir haben diesen Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Er ist ein reiner Risikotarif. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge.
Anpassung von Beiträgen	Ja, ist möglich. Es wird jedes Jahr geprüft, ob die Beiträge angepasst werden müssen. Dies kann dazu führen, dass sich die Versicherungsbeiträge erhöhen oder vermindern.

MONATLICHE BEITRÄGE IN EUR

(STAND: 01. 07. 2017)

Tarif Alter	KombiMed Balance Tarif KABN		KombiMed Balance Tarif KABZ	
	Mann/Frau		Mann/Frau	
0–19 Jahre	15,97		14,38	
20–29 Jahre	19,48		17,53	
30–39 Jahre	26,59		23,93	
40–49 Jahre	35,26		31,74	
50–59 Jahre	41,72		37,55	
60–69 Jahre	47,66		42,90	
70–79 Jahre	60,55		54,49	
80–89 Jahre	60,55		54,49	
90–99 Jahre	60,55		54,49	

Sobald eine versicherte Person das 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Leistungsmerkmale KombiMed Ambulant. Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

Leistungsmerkmale	KombiMed Ambulant Privat Tarif KAMP
	Der Tarif deckt 100 % der Kosten nach Vorleistung Ihrer gesetzlichen Krankenkasse. Ohne diese Vorleistung liegt der Erstattungsanteil jeweils bei 85 % (abweichende Besonderheit für die ambulante Psychotherapie beachten).
	Hinweis: Sie haben bei Ihrer Krankenkasse die Form der „Kostenerstattung“ zu wählen. Ohne „Kostenerstattung“ können wir Ihnen keinen Versicherungsschutz im Tarif KAMP bieten. Informationen zur Kostenerstattung finden Sie z. B. auf unserer Kundenhomepage www.dkv.com . Geben Sie hierzu einfach im Suchfeld das Wort „Kostenerstattung“ ein.
Ärztliche Behandlung	Ja. 100 % nach Vorleistung der GKV für ambulante Behandlung und Untersuchung sowie freie Arztwahl.
Arznei- und Verbandmittel	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung für verordnete (verschreibungs- und nicht verschreibungspflichtige) Arznei- und Verbandmittel.
Sehhilfen	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung bis zu 500 EUR innerhalb von 24 Monaten für neue Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen.
Hilfsmittel außer Sehhilfen	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung für verordnete bestimmte im Tarif aufgeführte Hilfsmittel (z. B. Gehstützen oder Bandagen). 100 % nach GKV-Vorleistung für verordnete weitere Hilfsmittel (z. B. Krankenfahrstühle), wenn die DKV vor dem Bezug eine Zusage erteilt hat.
Heilmittel	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung für bestimmte, verordnete Heilmittel (z. B. Bäder oder Massagen) bis zu den Höchstbeträgen des tariflichen Verzeichnisses. Dazu gehören auch podologische, ergotherapeutische und osteopathische Leistungen.
Logopädie	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung für Leistungen des Logopäden bis zu den Höchstbeträgen des tariflichen Verzeichnisses.
Heilpraktiker	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung bis 1.000 EURO für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) einschließlich der hierzu verordneten Arzneimittel je Versicherungsjahr. Die vom Heilpraktiker durchgeführte Psychotherapie ist nicht versichert.
Naturheilverfahren gemäß Hufelandverzeichnis	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung bis 1.000 EURO für Methoden der Alternativmedizin gemäß Hufelandverzeichnis, einschließlich der hierzu verordneten Arzneimittel je Versicherungsjahr.
Ambulante Psychotherapie	Ja. Nach GKV-Vorleistung für die Psychotherapie – 100 % für die ersten 30 Sitzungen. – 80 % von der 31. bis zur 60. Sitzung. – 70 % ab der 61. Sitzung. Die Sitzungsanzahl ist tariflich nicht begrenzt. Eine vorherige Zusage durch die DKV ist nicht erforderlich.
Vorsorge	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung für alle Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen (z. B. Früherkennung von Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen), d. h. nach gesetzlich definierten Leistungen. Die gesetzlichen Altersgrenzen gelten hier nicht.
Schutzimpfungen (inkl. Impfstoffe)	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung für Impfungen, die von der – Ständigen Impfkommission bzw. – Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit empfohlen werden. Dazu zählen beispielsweise Impfungen gegen Tetanus und Diphtherie. Schutzimpfungen für Reisen sind ebenfalls versichert.

Leistungsmerkmale	KombiMed Ambulant Privat Tarif KAMP
Krankentransport	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung für den Transport – zum nächsterreichbaren Arzt oder zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus nach einem Unfall bzw. im Notfall. – zu und von der ambulanten Dialysebehandlung, Röntgentiefen- und Chemotherapie. – zu und von der ambulanten Behandlung bei bestimmter Schwerbehinderung bzw. Pflegebedürftigkeit. Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges erstattet die DKV pro Kilometer 0,22 EUR.
Lasik	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung für eine Lasik-Operation (Lasertechnik zur Korrektur von Kurz- und Weitsichtigkeit) nach vorheriger schriftlicher Zusage.
Kinderwunschbehandlung	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung für verschiedene Methoden der künstlichen Befruchtung. Voraussetzung ist u. a, dass die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
Gesetzliche Zuzahlungen (Verwaltungskostenabschlag)	Ja. 100 % für die Abzüge der GKV für Verwaltungskosten. Ebenfalls versichert sind Zuzahlungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den versicherten Leistungen stehen.
Geltungsbereich	Innerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) besteht ein zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz. In der Schweiz besteht dieser nur bei einem vorübergehenden Aufenthalt. Die Leistungen werden bis zu der Höhe erstattet, die bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen wären. Außerhalb der EU, des EWR sowie außerhalb der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.
Heilbehandlung bei Auslandsaufenthalt (weltweit, z. B. Reisen)	Nein
Auslandsrücktransport	Nein
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann ein Zuschlag bzw. der Ausschluss von Leistungen vereinbart werden.
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
Anpassung von Beiträgen	Ja, ist möglich. Es wird jedes Jahr geprüft, ob die Beiträge angepasst werden müssen. Dies kann dazu führen, dass sich die Versicherungsbeiträge erhöhen oder vermindern.

Sie können zwischen zwei Selbstbehaltstufen wählen:

- bis zum 20. Lebensjahr: 0 EURO oder 150 EURO pro Jahr
- ab dem 20. Lebensjahr: 0 EURO oder 300 EURO pro Jahr

MONATLICHE BEITRÄGE IN EUR

(STAND: 01. 07. 2017 FÜR TARIF KAMP 0, 01. 07. 2018 FÜR TARIF KAMP 1)

Tarif	KombiMed Ambulant Privat Tarif KAMP0	KombiMed Ambulant Privat Tarif KAMP1
	(ohne Selbstbehalt)	(mit Selbstbehalt)
Alter	Mann/Frau	Mann/Frau
0-14 Jahre	49,40	36,37
15-19 Jahre	59,32	44,59
20 Jahre	144,61	108,60
21 Jahre	147,67	111,42
22 Jahre	150,89	114,38
23 Jahre	154,26	117,47
24 Jahre	157,58	120,70
25 Jahre	160,79	123,92
26 Jahre	163,84	127,02
27 Jahre	166,67	129,93
28 Jahre	169,30	132,62
29 Jahre	171,72	135,07
30 Jahre	173,92	137,30
31 Jahre	175,96	139,31
32 Jahre	177,82	141,14
33 Jahre	179,58	142,82
34 Jahre	181,26	144,39
35 Jahre	182,91	145,92
36 Jahre	184,58	147,42
37 Jahre	186,32	148,95
38 Jahre	188,16	150,56
39 Jahre	190,14	152,26
40 Jahre	192,28	154,09
41 Jahre	194,60	156,05
42 Jahre	197,11	158,17
43 Jahre	199,79	160,44
44 Jahre	202,64	162,86
45 Jahre	205,65	165,43
46 Jahre	208,80	168,12
47 Jahre	212,07	170,94
48 Jahre	215,44	173,87
49 Jahre	218,88	176,89
50 Jahre	222,37	180,00
51 Jahre	225,90	183,15
52 Jahre	229,44	186,37
53 Jahre	232,96	189,61
54 Jahre	236,46	192,88
55 Jahre	239,92	196,15
56 Jahre	243,34	199,42
57 Jahre	246,69	202,67
58 Jahre	249,98	205,89
59 Jahre	253,19	209,08
60 Jahre	256,32	212,22

Der Abschluss der Tarife ist auch über das genannte Alter möglich.

DKV Deutsche Krankenversicherung
50594 Köln

Telefon 0800 3746-444 (gebührenfrei)*

Telefax +49 1805 786000 (14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

*oder aus dem Ausland +49 221 57894005 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

service@dkv.com, www.dkv.com

© DKV Deutsche Krankenversicherung AG, 50594 Köln | KV | 50072859 | 9.2019 | VUPDD

Leistungsmerkmale KombiMed Krankentagegeld für Arbeitnehmer. Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

Klartext – wir möchten, dass Sie uns verstehen. Und Klartext zu sprechen, heißt für uns auch, offen über Dinge zu reden. Die Übersicht zeigt Ihnen die wichtigsten Leistungsmerkmale der KombiMed-Produkte im Vergleich. Weitere Leistungsbeschreibungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in denen die Leistungen nach Art und Umfang geregelt sind.

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankentagegeld Tarif KTAG (mit Gesundheitsprüfung)	KombiMed Tagegeld Tarif KTOG (ohne Gesundheitsprüfung)
Tarifleistung / Zahlung Krankentagegeld	<ul style="list-style-type: none"> – Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall wird ab dem vereinbarten Leistungsbeginn das Krankentagegeld in der vereinbarten Höhe gezahlt, auch für Sonn- und Feiertage. – Sollten weibliche Versicherte während der gesetzlichen Mutterschutzfristen ausnahmsweise keine Ersatzleistungen wie z. B. Mutterschaftsgeld (siehe auch Folgeseite; Kategorie „Mutterschutzzeiten/Entbindungstag“) erhalten, gilt: Wir zahlen Krankentagegeld für den Verdienstausschluss während der Mutterschutzzeiten und am Tag der Entbindung. <p>Pflichtversicherte können ein Krankentagegeld ab 5 Euro bis 30 Euro vereinbaren, freiwillig Versicherte bis 520 Euro.</p>	<p>Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zahlen wir das Krankentagegeld ab dem vereinbarten Leistungsbeginn. Wir zahlen auch für Sonn- und Feiertage.</p> <p>Sie können ein Krankentagegeld von 5 Euro bis 30 Euro vereinbaren.</p>
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss.	Ja. Je nach Ergebnis kann ein Zuschlag bzw. der Ausschluss von Leistungen vereinbart werden.	Nein.
Leistungsausschluss wegen einer langen Arbeitsunfähigkeit vor Vertragsbeginn	Ja, es kann ein Leistungsausschluss vereinbart werden.	Wir prüfen in den ersten zwei Versicherungsjahren im Leistungsfall, ob in den letzten 24 Monaten vor Antragsstellung aufgrund einer Krankheit/eines Unfalls eine Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 21 Tagen und länger vorlag. Ergibt die Prüfung des Grundes für die alte und erneute Arbeitsunfähigkeit einen ursächlichen Zusammenhang, dann leisten wir kein Tagegeld.
Leistungsausschluss für Arbeitsunfähigkeit vor Abschluss des Vertrages	Ja. Es besteht kein Anspruch auf das Krankentagegeld, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Abschluss des Vertrages begonnen hat.	

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankentagegeld Tarif KTAG (mit Gesundheitsprüfung)	KombiMed Tagegeld Tarif KTOG (ohne Gesundheitsprüfung)
Versicherbares Tagegeld	Ab 5 Euro bis 520 Euro.	Ab 5 Euro bis 30 Euro.
Leistungsgrenze	Das Krankentagegeld darf zusammen mit dem Krankengeld der GKV das berufliche Nettoeinkommen – auf den Kalendertag umgerechnet – nicht übersteigen.	
Leistungsbeginn ab Tag	Sie können einen Leistungsbeginn ab dem 43., 64., 85., 92., 106., 127., 169., 183., 274., 365. Tag beantragen.	Sie können einen Leistungsbeginn ab dem 43. Tag beantragen
Leistungsdauer	Die Leistungsdauer für Krankentagegeld wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall ist unbegrenzt. Die Dauer der Krankentagegeld-Zahlung wegen Verdienstaufschub in den Mutterschutzzeiten orientiert an den gesetzlichen Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes. Die Schutzfrist beträgt 6 Wochen vor der Entbindung und je nach Situation mindestens 8 und maximal 12 Wochen nach der Entbindung.	Die Leistungsdauer wegen derselben Krankheit ist auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren befristet, gerechnet vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an.
Rückfallkrankung	Ja. Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die der Arbeitgeber bei der Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammenrechnet, zählen wir ebenfalls zusammen.	
Schwangerschaft / Entbindung	Bei einer Arbeitsunfähigkeit wegen einer schwangerschaftsbedingten Erkrankung zahlen wir außerhalb der Mutterschutzzeiten ein Krankentagegeld.	
Mutterschutzzeiten / Entbindungstag	Voraussichtlich wird es aufgrund Ihres Status als Angestellte nicht zu einer Krankentagegeld-Zahlung kommen. Denn wir rechnen auf das Krankentagegeld anderweitige finanzielle Ersatzleistungen an. Im Einzelnen: – Mutterschaftsgeld der Gesetzlichen Krankenversicherung bis zu 13 Euro täglich – reduziertes Nettoeinkommen seitens des Arbeitgebers (= Zuschuss vom Arbeitgeber zum Mutterschaftsgeld in Höhe der Lücke bis zum Nettoverdienst) In der Regel bleibt keine Versorgungslücke. Die Summe der anderweitigen Leistungen sind in der Regel höher als das versicherte Krankentagegeld. Für alle Fälle gilt: Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn. Die Karenzzeit ist zu durchlaufen.	Nein.
Kur- / Sanatoriumsbehandlung / Rehabilitation	Wir zahlen ein Krankentagegeld, wenn im Verlaufe einer Arbeitsunfähigkeit eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird. Voraussetzung ist, dass wir dies aufgrund eines ärztlichen Attestes vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme schriftlich zugesagt haben. Leistungen gesetzlicher Träger (z. B. Übergangsgeld) rechnen wir an.	

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankentagegeld Tarif KTAG (mit Gesundheitsprüfung)	KombiMed Tagegeld Tarif KTOG (ohne Gesundheitsprüfung)
Arbeitsunfähigkeit durch Alkoholgenuss	Wir zahlen Krankentagegeld auch bei einer Arbeitsunfähigkeit, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen ist.	
Regelung bei einer Teilarbeitsunfähigkeit	Ja. Für die Dauer einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit zahlen wir anteilig ein Krankentagegeld, höchstens aber für 182 Tage. Wir zahlen die Differenz zwischen dem vereinbarten Krankentagegeld und dem Nettoeinkommen, das Sie während der Teilarbeitsunfähigkeit erzielen.	Ja. Für die Dauer einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit zahlen wir das Krankentagegeld innerhalb der Höchstleistungsdauer von 78 Wochen weiter, jedoch längstens für 182 Tage.
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Nein.	Ja. Allgemeine Wartezeit: In den ersten 3 Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Die allgemeine Wartezeit entfällt bei einem Unfall. Besondere Wartezeit: In den ersten 8 Monaten besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Behandlungen eine Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz oder Kieferorthopädie betreffen.
Beendigung der Versicherung	Die Versicherung endet beispielsweise bei: <ul style="list-style-type: none"> – Eintritt der Berufsunfähigkeit. – Arbeitslosigkeit, sofern keine neue Arbeitsstelle gesucht wird. – Bezug der Altersrente. 	Die Versicherung endet automatisch mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer von 60 Monaten. Darüber hinaus endet die Versicherung beispielsweise auch bei: <ul style="list-style-type: none"> – Eintritt der Berufsunfähigkeit. – Arbeitslosigkeit, sofern keine neue Arbeitsstelle gesucht wird. – Bezug der Altersrente.
Leistungen nach Beendigung des Vertrages	Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist. Kündigen wir das Versicherungsverhältnis und liegt zu diesem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit vor, zahlen wir das vereinbarte Krankentagegeld bis maximal 30 Tage weiter.	Endet die Versicherung mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer von 60 Monaten und liegt zu diesem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit vor, zahlen wir das vereinbarte Krankentagegeld bis maximal 30 Tage weiter.
Anpassung der Krankentagegeldhöhe	Ja. Alle drei Jahre ist eine Erhöhung des Krankentagegeldes anhand der allgemeinen Einkommensentwicklung möglich. Dafür muss ein Krankentagegeld von mindestens 25 Euro vereinbart sein. Wir informieren Sie in regelmäßigen Abständen mit einem schriftlichen Anpassungsvorschlag. Den fristgerecht eingegangenen Antrag nehmen wir ohne Risikoprüfung an. Die Erhöhung erfolgt dann ohne neue Wartezeiten und gilt auch für laufende Versicherungsfälle.	Nein.
Planmäßige Erhöhung der Versicherungsbeiträge zu festen Terminen	Nein.	Nein.

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankentagegeld Tarif KTAG (mit Gesundheitsprüfung)	KombiMed Tagegeld Tarif KTOG (ohne Gesundheitsprüfung)
Anpassung der Beiträge	Ja. Ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.	Nein.

Höhe des Krankentagegeldes

Die Höhe des versicherbaren Krankentagegeldes ist abhängig vom Bruttoeinkommen der versicherten Person. Maßgeblich ist das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate. Dabei berücksichtigen wir z. B. auch Urlaubs- und Weihnachtsgeld.

Durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate	Versicherbares Krankentagegeld
bis 2.099 Euro	max. 10 Euro
ab 2.100 bis 2.799 Euro	max. 15 Euro
ab 2.800 bis 3.699 Euro	max. 20 Euro
ab 3.700 bis 4.125 Euro	max. 25 Euro
ab 4.126 Euro bis 4.749 Euro	max. 30 Euro
ab 4.750 Euro bis 4.885 Euro	Max. 35 Euro (nur KTAG)
ab 4.886 Euro	Bei Einkommen ab 4.886 EUR errechnet sich der KT-Höchstsatz aus 80% des durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommens abzüglich des Brutto-Krankengeldhöchstsatzes der GKV.

MONATLICHE BEITRÄGE IN EUR PRO 5 EUR KRANKENTAGEGELD

(STAND: TARIF KTAG (01. 04. 2019), TARIF KTOG (01. 07. 2017))

Sie können im Tarif KTOG einen Leistungsbeginn ab dem 43 und im Tarif KTAG einen Leistungsbeginn ab dem 43., 64., 85., 92., 106., 127., 169., 183., 274., 365. Tag beantragen.

Zu Ihrer Informationen haben wir die Beiträge für einen Leistungsbeginn ab dem 43., 183. und 365. Tag aufgeführt. Die Beiträge zu den weiteren Leistungsbeginn stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne zur Verfügung..

Tarif	Tarif KTOG	Tarif KTAG	Tarif KTAG	Tarif KTAG
Leistungsbeginn ab	ab 43. Tag	ab 43. Tag	ab 183. Tag	ab 365. Tag
Alter	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau
20 Jahre	3,20	1,88	0,52	0,14
21 Jahre	3,20	1,94	0,53	0,14
22 Jahre	3,20	2,01	0,54	0,14
23 Jahre	3,20	2,07	0,55	0,14
24 Jahre	3,20	2,14	0,56	0,15
25 Jahre	3,20	2,22	0,57	0,15
26 Jahre	3,20	2,29	0,58	0,15
27 Jahre	3,20	2,36	0,60	0,16
28 Jahre	3,20	2,44	0,61	0,16
29 Jahre	3,20	2,52	0,62	0,16
30 Jahre	3,20	2,60	0,64	0,17
31 Jahre	3,20	2,69	0,65	0,17
32 Jahre	3,20	2,77	0,67	0,17
33 Jahre	3,20	2,86	0,69	0,18
34 Jahre	3,20	2,95	0,70	0,18
35 Jahre	3,20	3,05	0,72	0,19
36 Jahre	3,20	3,15	0,75	0,19
37 Jahre	3,20	3,25	0,77	0,20
38 Jahre	3,20	3,35	0,79	0,21
39 Jahre	3,20	3,46	0,82	0,21
40 Jahre	6,00	3,58	0,84	0,22
41 Jahre	6,00	3,69	0,87	0,23
42 Jahre	6,00	3,82	0,90	0,23
43 Jahre	6,00	3,95	0,92	0,24
44 Jahre	6,00	4,08	0,96	0,25
45 Jahre	6,00	4,21	0,99	0,26
46 Jahre	6,00	4,35	1,02	0,26
47 Jahre	6,00	4,50	1,05	0,27
48 Jahre	6,00	4,65	1,08	0,28
49 Jahre	6,00	4,80	1,12	0,29
50 Jahre	10,80	4,96	1,15	0,30
51 Jahre	10,80	5,11	1,19	0,31
52 Jahre	10,80	5,27	1,23	0,32
53 Jahre	10,80	5,43	1,26	0,33
54 Jahre	10,80	5,59	1,30	0,34
55 Jahre	10,80	5,75	1,34	0,35
56 Jahre	10,80	5,89	1,37	0,36
57 Jahre	10,80	6,03	1,41	0,37
58 Jahre	10,80	6,17	1,44	0,38
59 Jahre	10,80	6,29	1,47	0,38
60 Jahre	13,20	6,41	1,50	0,39

DKV Deutsche Krankenversicherung

50594 Köln

Telefon 0800 3746-444 (gebührenfrei)*

Telefax +49 1805 786000 (14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

*oder aus dem Ausland +49 221 57894005 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

service@dkv.com, www.dkv.com

© DKV Deutsche Krankenversicherung AG, 50594 Köln | KV | 50072816 | 4.2019 | VUPDD

Leistungsmerkmale KombiMed Kur. Zusatzversicherung für gesetzlich und privat Versicherte.

Klartext – wir möchten, dass Sie uns verstehen. Und Klartext zu sprechen heißt für uns auch, offen über Dinge zu reden. Die Übersicht zeigt Ihnen die wichtigsten Leistungsmerkmale der KombiMed-Produkte. Weitere Leistungsbeschreibungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in denen die Leistungen nach Art und Umfang geregelt sind.

Leistungsmerkmale	KombiMed KUR Tarif KKUR
Kurtagegeld (unter Kuraufenthalte sind Vorsorgeoder Rehabilitati- onsmaßnahme zu verstehen)	Ja. Sie erhalten das Tagegeld für stationäre und ambulante Kuren. Wir zahlen das Tagegeld für jeden Tag Ihres Aufenthaltes – bis zu 28 Tagen alle 3 Jahre.
Leistungsgrenze	Ja. Das Kurtagegeld kann ab 40 EUR pro Tag bis zu 160 EUR pro Tag vereinbart werden. Eine genaue Übersicht finden Sie auf der Rückseite. Wir zahlen das Kur-Tagegeld für jeden Tag eines – stationären Kuraufenthaltes zu 100 % – ambulanten/teilstationären Kuraufenthaltes zu 75 % wenn der Aufenthalt selbst bezahlt wird, weil z. B. kein Anspruch bei einem gesetzlichen Reha- bilitationsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung, gesetzliche Krankenversicherung) besteht. Übernimmt dagegen ein Rehabilitationsträger die Kosten, zahlen wir unabhängig von der vereinbarten Tagegeldhöhe, bei – stationärem Kuraufenthalt 40 EUR. – ambulantem/teilstationärem Kuraufenthalt 30 EUR. Der Tarif sieht unter anderem keine Leistung vor für: – ambulante oder stationäre Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. – eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Ja. Wartezeit: In den ersten drei Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Die Wartezeit entfällt bei einem Unfall.
Prüfung des Gesundheitszu- standes bei Vertragsabschluss.	Nein. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir nicht. Davon ist auszugehen, wenn eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrages anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose(n) erfolgt sein.
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.
Anpassung von Beiträgen	Ja. Sie ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.

WELCHE TAGESSÄTZE KÖNNEN SIE VEREINBAREN?

40 EUR	bis 80 EUR	bis 120 EUR	bis 160 EUR
Personen, die gesetzlich krankenversichert sind.	Personen, für die der Beihilfebemessungssatz mindestens 50% und unter 75% beträgt.	Personen, für die der Beihilfebemessungssatz mindestens 25% und unter 50% beträgt.	Personen, die zu 100% privat krankenversichert sind.
Personen, die im brancheneinheitlichen Basistarif versichert sind.			Personen, für die der Beihilfebemessungssatz weniger als 25% beträgt.
Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge oder vergleichbare Versorgung haben.			
Personen, für die der Beihilfebemessungssatz 75% oder mehr beträgt.			

DKV Deutsche Krankenversicherung
50594 Köln

Telefon 0800 3746-444 (gebührenfrei)*

Telefax +49 1805 786000 (14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

*oder aus dem Ausland +49 221 57894005 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

service@dkv.com, www.dkv.com

© DKV Deutsche Krankenversicherung AG, 50594 Köln | KV | 50073992 | 4.2019 | VUPDD

Leistungsmerkmale Pflegezusatzversicherung.

Klartext – wir möchten, dass Sie uns verstehen. Und Klartext zu sprechen heißt für uns auch, offen über Dinge zu reden. Die Übersicht zeigt Ihnen die wichtigsten Leistungsmerkmale der Pflegezusatzversicherungen. Weitere Leistungsbeschreibungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in denen die Leistungen nach Art und Umfang geregelt sind.

Leistungen	Pflege Tagegeld PTG	Pflege Zuschuss Tarife PZU																																				
Häusliche Pflege, Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sowie vollstationäre Pflege	Ja. Unabhängig davon, ob Pflegefachkraft oder sonstige Person pflegt.	Ja. Wir leisten grundsätzlich in gleicher Höhe oder die Hälfte der Leistung der Pflegepflichtversicherung.																																				
Leistung bei häuslicher Pflege, Verhinderungspflege, teilstationärer Pflege sowie bei Kurzzeitpflege	Ja. Bei häuslicher Pflege, teilstationärer Pflege, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Abhängigkeit vom vereinbarten Pflegetagegeld: – Pflegegrad 1 30 % – Pflegegrad 2 40 % – Pflegegrad 3 70 % – Pflegegrad 4 100 % – Pflegegrad 5 150 %	Ja. Bei häuslicher Pflege durch Laienpfleger (z. B. Angehörige) monatlich: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PZU100</th> <th>PZU50</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pflegegrad 1</td> <td>0 Euro</td> <td>0 Euro</td> </tr> <tr> <td>Pflegegrad 2</td> <td>316 Euro</td> <td>158 Euro</td> </tr> <tr> <td>Pflegegrad 3</td> <td>545 Euro</td> <td>272,50 Euro</td> </tr> <tr> <td>Pflegegrad 4</td> <td>728 Euro</td> <td>364 Euro</td> </tr> <tr> <td>Pflegegrad 5</td> <td>901 Euro</td> <td>450,50 Euro</td> </tr> </tbody> </table> Ist der Laienpfleger verhindert und liegt mindestens Pflegegrad 2 vor, erfolgt eine Erstattung für eine Ersatzpflegekraft (auch Pflegefachkraft) für längstens 6 Wochen bis zu 1.612 Euro (PZU100) bzw. 806 Euro (PZU50). Eine Aufstockung durch Leistungen aus der Kurzzeitpflege ist möglich, bis zu 806 Euro (PZU100) bzw. 403 Euro (PZU50). Bei häuslicher Pflege durch Pflegefachkräfte und teilstationärer Pflege monatlich: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PZU100</th> <th>PZU50</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pflegegrad 1</td> <td>0 Euro</td> <td>0 Euro</td> </tr> <tr> <td>Pflegegrad 2</td> <td>bis zu 689 Euro</td> <td>344,50 Euro</td> </tr> <tr> <td>Pflegegrad 3</td> <td>bis zu 1.298 Euro</td> <td>649 Euro</td> </tr> <tr> <td>Pflegegrad 4</td> <td>bis zu 1.612 Euro</td> <td>806 Euro</td> </tr> <tr> <td>Pflegegrad 5</td> <td>bis zu 1.995 Euro</td> <td>997,50 Euro</td> </tr> </tbody> </table> Für die kurzfristige vollstationäre Pflege im Pflegeheim von bis zu 8 Wochen erfolgt eine Erstattung bis zu 1.612 Euro (PZU100) bzw. 806 Euro (PZU50) jährlich. Eine Aufstockung durch Leistungen aus der Verhinderungspflege ist möglich bis zu 1.612 Euro (PZU100) bzw. 806 Euro (PZU50). Für alle Pflegegrade in der ambulanten Pflege gilt: Bis zu 125 Euro (PZU100) bzw. 62,50 Euro (PZU50) für zweckgebundene Leistungen (Entlastungsleistungen).		PZU100	PZU50	Pflegegrad 1	0 Euro	0 Euro	Pflegegrad 2	316 Euro	158 Euro	Pflegegrad 3	545 Euro	272,50 Euro	Pflegegrad 4	728 Euro	364 Euro	Pflegegrad 5	901 Euro	450,50 Euro		PZU100	PZU50	Pflegegrad 1	0 Euro	0 Euro	Pflegegrad 2	bis zu 689 Euro	344,50 Euro	Pflegegrad 3	bis zu 1.298 Euro	649 Euro	Pflegegrad 4	bis zu 1.612 Euro	806 Euro	Pflegegrad 5	bis zu 1.995 Euro	997,50 Euro
	PZU100	PZU50																																				
Pflegegrad 1	0 Euro	0 Euro																																				
Pflegegrad 2	316 Euro	158 Euro																																				
Pflegegrad 3	545 Euro	272,50 Euro																																				
Pflegegrad 4	728 Euro	364 Euro																																				
Pflegegrad 5	901 Euro	450,50 Euro																																				
	PZU100	PZU50																																				
Pflegegrad 1	0 Euro	0 Euro																																				
Pflegegrad 2	bis zu 689 Euro	344,50 Euro																																				
Pflegegrad 3	bis zu 1.298 Euro	649 Euro																																				
Pflegegrad 4	bis zu 1.612 Euro	806 Euro																																				
Pflegegrad 5	bis zu 1.995 Euro	997,50 Euro																																				

Leistungen	Pflege Tagegeld PTG	Pflege Zuschuss Tarife PZU				
Leistung bei vollstationärer Pflege	Ja. In Abhängigkeit vom vereinbarten Pflegetagegeld:	Ja, monatlich:				
	– Pflegegrad 1–4	100 %	Pflegegrad 1	pauschal	PZU100 125 Euro	PZU50 62,50 Euro
	– Pflegegrad 5	150 %	Pflegegrad 2	pauschal	770 Euro	385 Euro
			Pflegegrad 3	pauschal	1.262 Euro	631 Euro
			Pflegegrad 4	pauschal	1.775 Euro	887,50 Euro
			Pflegegrad 5	pauschal	2.005 Euro	1.002,50 Euro
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes sowie Pflegehilfsmittel	Nein	Ja. Erstattung von bis zu 4.000 Euro (PZU100) bzw. 2.000 Euro (PZU50) Zuschuss je Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Anstelle der Leistungen für Pflegehilfsmittel kann sich der Versicherte auch für die Zahlung einer Jahrespauschale entscheiden. Zahlung von bis zu 40 Euro (PZU100) bzw. 20 Euro (PZU50) monatlich für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel.				
Service-Leistungen	Das kostenlose Pflegetelefon der DKV unterstützt kompetent bei allen Fragen rund um das Thema Pflege.					
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Nein					
Erhöhung der Leistungen	Leistungsanpassung automatisch alle 3 Jahre (2021, 2024 usw.) um 5 Euro Tagegeld, ohne erneute Risikoprüfung, auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit. Mit Widerspruchsrecht. Leistungsanpassung bei bestimmten Anlässen auf Wunsch um 5 oder 10 Euro Tagegeld. Allerdings nicht bei bestehender oder bereits gestelltem Antrag auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit.	Automatische Anpassung an Leistungen der Pflegepflichtversicherung. Ohne erneute Risikoprüfung und ohne Widerspruchsrecht.				
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann ein Zuschlag vereinbart werden.					
Planmäßige Erhöhung der Versicherungsbeiträge zu festen Terminen	Ja. Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.					
Staatliche Förderung	Nein					
Anpassung der Versicherungsbeiträge	Ja, ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Versicherungsbeiträge führen.					
Leistungserstattung im Ausland	Ja. Der Versicherungsschutz gilt innerhalb der Europäischen Union und darüber hinaus auch in allen Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR). Außerdem gilt der Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten außerhalb der EU bzw. des EWR von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein.					
Leistungserstattung bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes	Der Versicherungsschutz gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb von EU oder EWR. Bei Verlegung außerhalb EU oder EWR endet die Versicherung. Sie können dann Ihre erworbenen Rechte für den Fall einer Rückkehr in EU oder EWR mit einer Anwartschaftsversicherung erhalten.					

Leistungen	Pflege Schutz Paket PSP
Information und Beratung	Beratung per Telefon und vor Ort zu Fragen rund um das Thema Pflege während der gesamten Vertragsdauer, also bereits vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Diese Leistungen beziehen sich auch auf die Pflegebedürftigkeit des im Haushalt der versicherten Person lebenden Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades (Eltern, minderjährige und volljährige Kinder).
Versorgungssicherung und 24-Stunden-Garantie	<ul style="list-style-type: none"> Wir organisieren – möglichst innerhalb von 24 Stunden ab Beauftragung – eine vollstationäre, Kurzzeit-, teilstationäre oder Verhinderungspflege oder eine Versorgung durch einen häuslichen Pflegedienst. Die 24-Stunden-Garantie gilt bei erstmaligem Versorgungsbedarf und jeder Erhöhung des Pflegegrades; Halten wir die 24-Stunden-Frist nicht ein, bekommen Sie eine Ersatzleistung in Höhe von 500 Euro
Vermittlungsleistungen	Wir vermitteln insbesondere <ul style="list-style-type: none"> Pflegerische Hilfen Technische Hilfen im Haus Angebote zur Entlastung von Pflegenden im Alltag Hauswirtschaftliche Hilfen Abrechnungsservice (Korrespondenz mit Kostenträgern, z. B. Krankenkasse, Beihilfeträger) Wohnen in einer ambulant betreuten Wohngruppe eine palliative Versorgung oder die Versorgung in einem Hospiz
Einmalzahlung	1.000 Euro bei erstmaligem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit mindestens nach Pflegegrad 2. Während einer Wartezeit darf keine Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1 bis 5) eingetreten sein. Der Anspruch auf die Einmalzahlung besteht je versicherter Person nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.
Leistungen im Ausland	Der Versicherungsschutz besteht innerhalb Deutschlands. Beratung vor Ort erfolgt nur in Deutschland. Alle Serviceleistungen beziehen sich auf Leistungen und Angebote in Deutschland. Die Einmalzahlung wird auch bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland geleistet. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedsstaat der EU oder Vertragsstaat des EWR besteht die Versicherung weiter, zu den Leistungen aber s.o. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR endet die Versicherung.
Wartezeiten	Keine Wartezeiten für die Serviceleistungen. Für die Einmalzahlung besteht eine Wartezeit von 3 Jahren. Tritt eine Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 1) innerhalb der Wartezeit ein, wird keine Einmalzahlung erbracht. Bei gleichzeitigem Abschluss einer Pflegezusatzversicherung mit Gesundheitsfragen ohne Erschwerung entfällt die Wartezeit.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Es werden keine Gesundheitsfragen gestellt. Versicherungsfähig sind aber nur Personen, bei denen noch keine Pflegebedürftigkeit besteht, die noch keinen Antrag auf Anerkennung einer solchen gestellt haben und dies auch nicht beabsichtigen.
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Wir haben diesen Tarif nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Er ist ein reiner Risikotarif. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um die mit zunehmendem Alter häufigere Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes vorzufinanzieren. Wir berechnen den Beitrag in diesem Tarif nach Altersgruppen. Bei Erreichen einer neuen Altersgruppe haben Sie – zusätzlich zu eventuell erforderlichen Beitragsanpassungen – den jeweiligen Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge.
Anpassung von Beiträgen	Ja. Sie ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.

MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO (Gruppenversicherung)

(STAND: PFLEGE SCHUTZ PAKET PSP 01. 10. 2019)

Tarif	Tarif PSP
Alter	Mann/Frau
0–69 Jahre	6,40
Ab 70 Jahre	12,40

Sobald eine versicherte Person das 69. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Leistungen	KombiMed Pflege Tarif KPET	KombiMed Pflege Tarif KPEK	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP
Häusliche Pflege, Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sowie vollstationäre Pflege	Ja. Unabhängig davon, ob Pflegefachkraft oder sonstige Person pflegt.	Ja. Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung für pflegebedingte Aufwendungen werden entsprechend des festgestellten Pflegegrades aufgestockt.	Ja. Unabhängig davon, ob Pflegefachkraft oder sonstige Person pflegt.
Leistung bei häuslicher Pflege, Verhinderungspflege, teilstationärer Pflege sowie bei Kurzzeitpflege	Ja. Tagegeldleistung in Abhängigkeit vom vereinbarten Pfl ege tagegeld: <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 10% - Pflegegrad 2 25% - Pflegegrad 3 50% - Pflegegrad 4 75% - Pflegegrad 5 100% 	Ja. Bei häuslicher Pflege durch Laienpfleger (z. B. Angehörige) monatlich: <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 0 Euro - Pflegegrad 2 117,50 Euro - Pflegegrad 3 220 Euro - Pflegegrad 4 350 Euro - Pflegegrad 5 350 Euro Ist der Laienpfleger verhindert und liegt mindestens Pflegegrad 2 vor, erfolgt eine Erstattung für eine Ersatzpflegekraft (auch Pflegefachkraft) für längstens 6 Wochen bis zu 775 Euro jährlich. Bei häuslicher oder teilstationärer Pflege durch eine Pflegefachkraft monatlich: <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 0 Euro - Pflegegrad 2 bis zu 225 Euro - Pflegegrad 3 bis zu 550 Euro - Pflegegrad 4 bis zu 775 Euro - Pflegegrad 5 bis zu 959 Euro Für die kurzfristige vollstationäre Pflege im Pflegeheim, sofern mindestens Pflegegrad 2 vorliegt, erfolgt eine Erstattung für längstens 8 Wochen bis zu 775 Euro jährlich.	Ja. In Abhängigkeit vom Eintrittsalter monatlich: <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 60 Euro bis 159,57 Euro - Pflegegrad 2 120 Euro bis 319,14 Euro - Pflegegrad 3 180 Euro bis 478,71 Euro - Pflegegrad 4 240 Euro bis 638,28 Euro - Pflegegrad 5 600 Euro bis 1.595,70 Euro
Leistung bei vollstationärer Pflege	Ja. Tagegeldleistung in Abhängigkeit vom vereinbarten Pfl ege tagegeld: <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 10% - Pflegegrad 2-5 100% 	Ja. Für pflegebedingte Aufwendungen monatlich: <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 0 Euro - Pflegegrad 2-4 bis zu 775 Euro - Pflegegrad 5 bis zu 959 Euro Berücksichtigt werden ausschließlich die pflegebedingten Kosten und die Ausbildungsvergütung. Investitionskosten und Kosten für Unterkunft und Verpflegung werden nicht erstattet. oder Pflegetagegeld <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 60 Euro - Pflegegrad 2-5 350 Euro 	Ja. In Abhängigkeit vom Eintrittsalter monatlich: <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 60 Euro bis 159,57 Euro - Pflegegrad 2 120 Euro bis 319,14 Euro - Pflegegrad 3 180 Euro bis 478,71 Euro - Pflegegrad 4 240 Euro bis 638,28 Euro - Pflegegrad 5 600 Euro bis 1.595,70 Euro

Leistungen	KombiMed Pflege Tarif KPET	KombiMed Pflege Tarif KPEK	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP
Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag	Nein	Bis zu 60 Euro monatlich für qualitätsgesicherte Entlastungsleistungen.	Nein
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes sowie Pflegehilfsmittel	Nein	Für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, beispielsweise Treppenlifter, gibt es einen Zuschuss je Maßnahme von bis zu 1.278,50 Euro. Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel monatlich bis zu 62 Euro, beispielsweise Windeln. Der Tarif leistet auch für die Zuzahlung von Pflegehilfsmitteln (max. 25 Euro) wie zum Beispiel Hausnotrufe oder Rollator.	Nein
Service-Leistungen	Nein		
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Nein	Nein	Allgemeine Wartezeit: In den ersten fünf Jahren besteht kein Leistungsanspruch. Wegfall der Wartezeit: Die allgemeine Wartezeit entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.
Erhöhung der Leistungen	Leistungsanpassung erstmals im dritten Kalenderjahr möglich. Danach bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen alle 3 Jahre möglich. Ohne erneute Risikoprüfung. Auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit. Mit Widerspruchsrecht.	Nein	Ja. Erhöhte Leistung nach 15 Versicherungsjahren in Abhängigkeit vom ursprünglichen Eintrittsalter monatlich: – Pflegegrad 1 120 Euro bis 319,14 Euro – Pflegegrad 2 180 Euro bis 478,71 Euro – Pflegegrad 3 420 Euro bis 1.116,99 Euro – Pflegegrad 4 540 Euro bis 1.436,13 Euro – Pflegegrad 5 660 Euro bis 1.755,27 Euro

Leistungen	KombiMed Pflege Tarif KPET	KombiMed Pflege Tarif KPEK	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann ein Zuschlag vereinbart werden.		Der Vertrag kommt nicht zustande, wenn der Antragsteller Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezieht oder bezogen hat.
Planmäßige Erhöhung der Versicherungsbeiträge zu festen Terminen	Ja. Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.		Nein
Staatliche Förderung	Nein		Ja. Pflegevorsorgezulage 5 Euro monatlich
Anpassung der Versicherungsbeiträge	Ja, ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Versicherungsbeiträge führen.		
Leistungserstattung im Ausland	Ja. Der Versicherungsschutz gilt innerhalb der Europäischen Union und darüber hinaus auch in allen Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR). Bei Tarif KPEK wird die Pflegegeldleistung erbracht. Außerdem gilt der Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten außerhalb der EU bzw. des EWR von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein.		
Leistungserstattung bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes.	Der Versicherungsschutz gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb von EU oder EWR. Bei Verlegung außerhalb EU oder EWR endet die Versicherung. Sie können dann ihre erworbenen Rechte für den Fall einer Rückkehr in EU oder EWR mit einer Anwartschaftsversicherung erhalten.		

Leistungsmerkmale BestMed Kombitarife zur GKV. Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

Klartext – wir möchten, dass Sie uns verstehen. Und Klartext zu sprechen, heißt für uns auch, offen über Dinge zu reden. Die Übersicht zeigt Ihnen die wichtigsten Leistungsmerkmale der BestMed Kombitarife zur GKV. Weitere Leistungsbeschreibungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in denen die Leistungen nach Art und Umfang geregelt sind. Die Prozentangaben beziehen sich auf die nach Anrechnung etwaiger Leistungen der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen und nicht auf den Rechnungsbetrag. Wichtig: Um die Leistungen des Tarifs BMG in Anspruch zu nehmen ist die Wahl der „Kostenerstattung“ ein Muss. Mehr dazu auf der Rückseite.

AMBULANTE LEISTUNGEN	BestMed Kombitarife zur GKV – Tarif BMG/0-3
Ärztliche Behandlung	<p>Ja. Versichert sind 100 % für ambulante Behandlungen und Untersuchung; freie Wahl unter niedergelassenen approbierten Ärzten.</p> <p>Versichert sind ärztliche Leistungen im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte. Für Aufwendungen über die Höchstsätze hinaus erfolgt eine Erstattung, wenn diese durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Die Aufwendungen müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.</p>
Arznei- und Verbandmittel	Ja. 100 % für ärztlich verordnete (verschreibungs- und nicht verschreibungspflichtige) Arznei- und Verbandmittel.
Heilpraktiker	<p>Ja. Bis zu 80 % der Kosten bis 1.000 Euro pro Jahr.</p> <p>Es besteht freie Wahl unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes. Versichert sind alle Behandlungen, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind sowie hierzu verordnete Arzneimittel.</p> <p>Nicht versichert ist eine vom Heilpraktiker durchgeführte Psychotherapie.</p>
Naturheilverfahren	<p>Ja. Bis zu 80 % der Kosten bis 1.000 Euro pro Jahr.</p> <p>Versichert sind alle Behandlungsmethoden, die im Hufelandverzeichnis enthalten sind. Dazu gehören beispielsweise Homöopathie, Akupunktur, Bioelektronische Funktionsdiagnostik, Osteopathie und Sauerstofftherapien.</p>
Sehhilfen	<p>Ja. Bis zu 500 Euro innerhalb von 24 Monaten, für Neuanschaffungen oder Reparatur.</p> <p>Sehhilfen sind Brillengestelle und Gläser sowie Kontaktlinsen, auch Tages- und Monatslinsen.</p>
Augenlasik	Ja. 100 % nach vorheriger schriftlicher Zusage.
Heilmittel	<p>Ja. 100 % der Kosten für alle Heilmittel aus dem tariflichen Heilmittelverzeichnis. Dazu gehören beispielsweise Krankengymnastik, Massagen, Logopädie oder Ergotherapie, Osteopathie, Podologie.</p> <p>Voraussetzung ist die Verordnung durch den Arzt, Zahnarzt bzw. Heilpraktiker. Die Leistungen müssen von staatlich anerkannten therapeutischen Berufsgruppen (z. B. Physiotherapeut) erbracht werden.</p>
Hilfsmittel (außer Sehhilfen)	<p>Ja. 100 % der Kosten für bestimmte aufgezählte Hilfsmittel (z. B. Gehstützen). Diese können ohne vorherige Zusage direkt bezogen werden.</p> <p>Weitere Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog) werden nach vorheriger Zusage zu 100 % erstattet.</p> <p>Voraussetzung ist die Verordnung durch den Arzt, Zahnarzt bzw. Heilpraktiker.</p>
Psychotherapie	<p>Ja. Die Erstattung ist wie folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100 % bis zu 30 Sitzungen – Bis zu 80 % von der 31. Sitzung an – Bis zu 70 % von der 61. Sitzung an <p>Die vorherige schriftliche Zusage ist nur dann erforderlich, wenn die GKV nicht vorleistet.</p>
Entziehungsmaßnahmen ambulant/stationär	<p>Ja. 100 % für 3 Maßnahmen.</p> <p>Voraussetzung ist die vorherige schriftliche Zusage.</p>

Leistungsmerkmale BestMed Kombitarife zur GKV.

Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

AMBULANTE LEISTUNGEN	BestMed Kombitarife zur GKV – Tarif BMG/0-3
Vorsorgeuntersuchungen	Ja. Auch über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus. Die Kosten erstatten wir bis zu 100%.
Schutzimpfungen	Ja. 100% für Impfungen, die von der STIKO und der DTG empfohlen werden. Die Regelung gilt auch für Reiseimpfungen.
Krankentransporte	Ja. 100% für Transporte nach einem Unfall oder im Notfall – Zum nächst erreichbaren Arzt – Zum nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus 100% zu/von ambulanter Dialysebehandlung/Röntgentiefen- und Chemotherapie 100% zu/von medizinisch notwendigen ambulanten Behandlungen, wenn eine bestimmte Schwerbehinderung (z. B. außergewöhnliche Gehbehinderung, Blindheit oder Hilfslosigkeit) oder Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen 2–3 vorliegt.
Kinderwunschbehandlung	Ja. 100% je Behandlungsmethode bis zu drei- bzw. bis zu sechsmal. Die Begrenzung der Maßnahmen gilt nur, sollte die GKV nicht leisten.
Ambulante Entbindung	Ja. 100% für die Kosten einer ambulanten Entbindung. Zusätzlich zahlen wir eine Entbindungspauschale pro Geburt für versicherte Frauen in Höhe von 1.000 Euro zur freien Verfügung.
Hebamme	Ja. 100% für Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger.
Ambulante Operationen	Ja. 100% Erstattung der Kosten einer ambulanten Operation. Zusätzlich wird eine Pauschale (nur für bestimmte Operationen) in Höhe von 200 Euro zur freien Verfügung gezahlt.
ZAHNLEISTUNGEN	
Zahnbehandlung	Ja. 100% für die Zahnbehandlung, einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.
Zahnersatz, Einlagefüllungen und Kronen	Ja. Bis zu 85% für Inlays, Kronen, Brücken, Zahnprothesen.
Implantate	Ja. Bis zu 85% für Implantate, bei bis zu max. 6 Implantaten je Kiefer.
Kieferorthopädie	Ja. 100% der Kosten bei Behandlungsbeginn bis zum 19. Lebensjahr.
Zahnprophylaxe	Ja. 100% für eine Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung.
Leistungsbegrenzung je Versicherungsjahr für Zahnersatz, Einlagefüllungen, Kronen, Implantate	Ja. Die Leistung für Zahnersatz, Einlagefüllungen, Kronen und Implantate ist wie folgt begrenzt: – im 1. Jahr bis zu 1.000 Euro – in den ersten 2 Jahren bis zu 2.000 Euro – in den ersten 3 Jahren bis zu 3.000 Euro – in den ersten 4 Jahren bis zu 4.000 Euro – in den ersten 5 Jahren bis zu 5.000 Euro Die Staffel entfällt ab dem 6. Jahr und immer bei Unfall.
STATIONÄRE LEISTUNGEN	
Freie Krankenhauswahl	Ja. Ausnahme mit Zusagevorbehalt: Krankenhäuser, die auch Kuren/Rehabilitationsmaßnahmen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.
Privatärztliche Behandlung	Ja. Versichert sind ärztliche Leistungen im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte. Für Aufwendungen über die Höchstsätze hinaus erfolgt eine Erstattung, wenn diese durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Die Aufwendungen müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.
Übernahme der Kosten für die Unterbringung im 2-Bett-Zimmer	Ja. 100% für das 2-Bett-Zimmer, 60% für das 1-Bett-Zimmer, wenn das 2-Bett-Zimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört.
Übernahme der Kosten für die Unterbringung im 1-Bett-Zimmer	Nein. Über die Aufbaustufe BMZ1G kann jedoch das 1-Bett-Zimmer hinzuversichert werden.

Leistungsmerkmale BestMed Kombitarife zur GKV.

Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

LEISTUNGEN IM AUSLAND	BestMed Kombitarife zur GKV – Tarif BMG/0-3																				
Vorübergehender Auslandsaufenthalt. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein.	<p>Ja. Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Die Behandlungskosten werden bis zu der Höhe übernommen, wie sie im jeweiligen Land üblich sind.</p> <p>Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz bis zu 6 Monaten. Bei Reiseunfähigkeit max. weitere 2 Monate. Die Behandlungskosten werden bis zur doppelten Höhe übernommen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden.</p> <p>Für einen notwendigen Krankenrücktransport werden 100% der zusätzlichen Kosten übernommen, wenn der Rücktransport über die DKV organisiert wird. Sonst 80%.</p>																				
ALLGEMEINE LEISTUNGEN UND BESONDERHEITEN																					
Selbstbehalt	<p>Ja. Den Selbstbehalt für alle Leistungsbereiche – ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung können Sie wie folgt wählen:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>BMG/0</th> <th>BMG/1</th> <th>BMG/2</th> <th>BMG/3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>bis zum 15. Lebensjahr</td> <td>0 EUR</td> <td>200 EUR</td> <td>400 EUR</td> <td>800 EUR</td> </tr> <tr> <td>ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr</td> <td>0 EUR</td> <td>200 EUR</td> <td>400 EUR</td> <td>800 EUR</td> </tr> <tr> <td>ab dem 20. Lebensjahr</td> <td>0 EUR</td> <td>400 EUR</td> <td>800 EUR</td> <td>1.600 EUR</td> </tr> </tbody> </table> <p>Folgende Leistungen werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet: – Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen – Professionelle Zahnreinigung und Individual-Prophylaxe – Pauschalen, z. B. für eine Entbindung oder für eine ambulante Operation.</p> <p>Jeweils zum 01.01. eines Jahres kann ohne Gesundheitsprüfung in eine der vier Selbstbehaltstufen gewechselt werden.</p>		BMG/0	BMG/1	BMG/2	BMG/3	bis zum 15. Lebensjahr	0 EUR	200 EUR	400 EUR	800 EUR	ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr	0 EUR	200 EUR	400 EUR	800 EUR	ab dem 20. Lebensjahr	0 EUR	400 EUR	800 EUR	1.600 EUR
	BMG/0	BMG/1	BMG/2	BMG/3																	
bis zum 15. Lebensjahr	0 EUR	200 EUR	400 EUR	800 EUR																	
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr	0 EUR	200 EUR	400 EUR	800 EUR																	
ab dem 20. Lebensjahr	0 EUR	400 EUR	800 EUR	1.600 EUR																	
Beitragsrückerstattung (Über die Art der Vergabe und die Höhe der Beitragsrückerstattung wird jedes Jahr mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders neu entschieden.)	Nein. Für die Tarife BMG wird keine Beitragsrückerstattung vergeben.																				
Optionsrecht, zu erleichterten Bedingungen den Versicherungsschutz optimieren	<p>Ja. Zu erleichterten Bedingungen kann die Aufbaustufe BestMed Kombitarif Krankenhaus BMZ1G hinzuversichert werden.</p> <p>Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach einem BestMed Kombitarif BMG bis Eintrittsalter 55 Jahre begonnen hat. Das Optionsrecht kann zu zwei Terminen ausgeübt werden: Zu Beginn des 4. Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung. Zu Beginn des 6. Versicherungsjahres kann das Optionsrecht mit Gesundheitsprüfung und ggf. Risikozuschlag ausgeübt werden.</p> <p>Bei einer Beendigung der Versicherung in der GKV kann unter bestimmten Voraussetzungen ohne Gesundheitsprüfung in eine private Krankheitskostenvollversicherung der DKV gewechselt werden.</p>																				
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann eventuell ein Zuschlag bzw. ein Ausschluss von Krankheiten vereinbart werden.																				
Anpassung der Versicherungsbeiträge	Ja, ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Versicherungsbeiträge führen. Auf jeden Fall muss die Anpassung von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt werden.																				
Serviceleistungen	<p>Ja. Umfangreiche Leistungen des</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitstelefon und – 24-Stunden-Notruf-Services. 																				

Leistungsmerkmale BestMed Kombitarife zur GKV. Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

Wichtige Informationen

Möchten Sie zum Privatpatienten werden und die besonderen Leistungen der BestMed Kombitarife zur GKV (Tarif BMG) in Anspruch nehmen, ist die Kostenerstattung ein Muss!

So kann Ihr Arzt Sie als Privatpatient behandeln. Und Sie können damit auch Leistungen in Anspruch nehmen, die über die gesetzlich festgelegten Leistungen der Krankenkasse hinausgehen.

Nach dem Abschluss der Antragsprüfung informieren Sie bitte ihre gesetzliche Krankenkasse, dass Sie über das Kostenerstattungsverfahren abrechnen möchten.

Die Kostenerstattung muss mit Versicherungsbeginn für die Bereiche

- ambulante ärztliche Versorgung
- ambulante zahnärztliche Versorgung und
- ärztlich/zahnärztlich veranlasste Versorgung vereinbart sein.

Daher empfehlen wir Ihnen, frühzeitig in Erfahrung zu bringen, ob es Fristen für die Umstellung auf das GKV-Kostenerstattungsverfahren bei Ihrer Krankenkasse gibt.

Wichtig:

Im Tarif BMG sollten Sie die Kostenerstattung nicht für stationäre Leistungen (Krankenhaus) wählen. Sie werden dennoch auch im Krankenhaus wie ein Privatpatient behandelt. Die Abrechnung der Allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgt aber weiter zwischen Krankenhaus und Krankenkasse.

Vier Schritte für eine reibungslose Leistungserstattung.



Die Arztrechnung reichen Sie zunächst bei Ihrer GKV ein.

1

Ihre GKV übernimmt einen Teil der Kosten, erstattet diesen Teil an Sie und...



Die Rechnung mit dem Erstattungsvermerk reichen Sie nun bei uns ein.

2

...schickt Ihnen die Rechnung mit dem entsprechenden Erstattungsvermerk zurück.



Wir erstatten Ihnen im Allgemeinen innerhalb von 14 Tagen die verbleibenden Aufwendungen im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens.

3



Sie begleichen die Gesamtrechnung beim Arzt.

4

Tipps zur Leistungsabrechnung

Muss ich mit der „Kostenerstattung“ in Vorleistung gehen?

- Bei ambulanten oder zahnärztlichen Behandlungen erhalten Sie eine Rechnung mit einer Zahlungsfrist, die ausreicht, um Ihre Rechnungen fristgerecht zu zahlen. Im Allgemeinen haben Sie eine Zahlungsfrist von 30 Tagen.
- Zuerst reichen Sie die Rechnung bei Ihrer Krankenkasse und im Anschluss bei uns ein. Sie erhalten von Ihrer Krankenkasse und von uns eine Erstattung. Im Anschluss können Sie dann Ihre Rechnung beim Arzt fristgemäß bezahlen.
- Unser DKV-Leistungsservice: wir bearbeiten Ihren Leistungsantrag im Allgemeinen innerhalb von 14 Tagen.
- Lediglich beim Kauf von Medikamenten in der Apotheke oder z. B. beim Kauf von Hilfsmitteln (z. B. Brillen) gehen Sie in Vorleistung, da hier üblicherweise sofort bezahlt werden muss.

Hinweise und Tipps:

- Reichen Sie immer die Originalrechnungen und Originalbelege bei der GKV ein.
- Behalten Sie die Duplikate bzw. erstellen Sie für eine spätere Kontrolle der Abrechnung (digitale) Kopien.
- Auf Rezepten müssen Stempel und Unterschrift des Arztes sowie der Apotheke enthalten sein.
- Für die Zuordnung von Leistungen zum Kalenderjahr gilt das Datum des Leistungsbezugs, nicht das Rechnungsdatum. Bei Rezepten ist beispielsweise der Datumstempel der Apotheke maßgeblich und nicht der Tag, an dem das Rezept ausgestellt wurde.

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln
service@dkv.com
www.dkv.com

Telefon 0 800 / 3 74 64 44 (gebührenfrei)*
Telefax 0 18 05 / 78 60 00
(14 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz;
max. 42 Ct./Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

* oder aus dem Ausland + 49 / 221 / 57 89 40 05 (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunknetzbetreibers)