

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.

Was sind eigentlich erstattungsfähige Kosten?

- Jeder private Krankenversicherer legt in seinen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) fest, welche zahnärztlichen Leistungen versichert sind.
- Das ist für Kunden und Versicherer wichtig.
- Denn sonst müsste der Versicherer jede Position auf der Zahnarztrechnung bezahlen. Auch solche, die nach den AVB nicht versichert sind.
- Um Beiträge zu kalkulieren und Leistungen zu zahlen, muss jeder Versicherer die versicherten Leistungen kennen. Einen Beitragssatz könnten wir sonst nicht kalkulieren.
- Und Sie als Kunden möchten wissen, welche Behandlungen und Materialien versichert sind.
- Daher kann der erstattungsfähige Betrag geringer sein als der Rechnungsbetrag, wenn nicht-versicherte Leistungen auf der Zahnarztrechnung erscheinen.

Leistungsmerkmale	KombiMed Dental Premium Tarif KDTP100
Zahnersatz Zahnkronen und Zahnersatz	Ja. 100 % inklusive der Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für <ul style="list-style-type: none"> • Kronen • Teilkronen z. B. Onlays, Veneers usw. • Brücken • Zahnprothesen • Wiederherstellung von Zahnkronen und Zahnersatz • Verblendung aller Zähne • Begleitleistungen wie zum Beispiel Lokalanästhesien oder Röntgenaufnahmen
Implantate	Ja. 100 % inklusive der Leistung der GKV für Implantate sowie inklusive chirurgische Maßnahmen, zum Beispiel 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.
Zahnbehandlung (inkl. Inlays)	Ja. 100 % inklusive der Leistung der GKV für <ul style="list-style-type: none"> • Füllungstherapien z. B. Kunststofffüllungen, Inlays • Aufbissbehelfe und Schienen, sofern sie nicht als Medikamententräger dienen Weitere Leistungen der Zahnbehandlung, zum Beispiel Wurzelbehandlung, sind in diesem Tarif nicht versichert. Hierfür empfehlen wir den Abschluss des Tarifs KDBE.

Leistungsmerkmale	KombiMed Dental Premium Tarif KDTP100
Kieferorthopädie (KFO)	Nein. Hierfür empfehlen wir den Abschluss des Tarifs KDBE.
Parodontologische Leistungen und Wurzelbehandlungen	Nein. Hierfür empfehlen wir den Abschluss des Tarifs KDBE.
Professionelle Zahnreinigung	Nein. Hierfür empfehlen wir den Abschluss des Tarifs KDBE.
Funktionsanalyse und Funktionstherapie	Ja. 100 % für die Funktionsanalyse/Funktionstherapie, wenn diese im Zusammenhang mit den im Tarif enthaltenden Leistungen stehen. Voraussetzung hierfür ist die GKV-Pflichtleistung für den zahnmedizinischen Befund (z. B. fehlender Zahn).
Schmerztherapie	Ja. 70 % , maximal 300 Euro je Kalenderjahr, für <ul style="list-style-type: none"> • Narkosen (z. B. Vollnarkose) durch Narkose-/Zahnärzte • Akupunktur und Hypnose durch Zahnärzte
Partnerzahnarzt	Nein. Der Tarif hat bereits eine 100% Erstattung. Eine Leistungserweiterung durch einen Besuch beim Partnerzahnarzt ist daher nicht möglich.
Regelung, wenn die GKV nicht vorleistet	Ja. 70 % (statt 100 %) 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.
Summenbegrenzung in den ersten drei Jahren (die sogenannte Zahnstaffel). Bitte beachten: Es gilt das Versicherungsjahr	Ja. <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 Die Zahnstaffel entfällt: <ul style="list-style-type: none"> • für die im Tarif aufgeführten Schmerztherapien • ab dem 4. Versicherungsjahr • bei unfallbedingten Aufwendungen
Leistungserstattung im Ausland	Ja. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in anderen Staaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes und in der Schweiz.
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Nein. Es gibt keine leistungsfreien Zeiten.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann ein Zuschlag bzw. der Ausschluss von Leistungen vereinbart werden. Fehlende Zähne sind mit einem Beitragszuschlag mitversichert, wenn die Behandlung vor Vertragsabschluss weder begonnen noch von einem Zahnarzt angeraten ist. Pro fehlendem Zahn beträgt der Zuschlag 7 Euro. Ab 4 fehlenden nicht ersetzten Zähnen sind die Kosten für Zahnersatz sowie implantologische Leistungen einschließlich damit im Zusammenhang stehende funktionsanalytische / funktionstherapeutische Maßnahmen sowie anfallende zahntechnische Laborarbeiten und Materialien nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.
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. Siehe Rückseite.
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.
Serviceleistungen	Ja. Die Experten unseres Gesundheitstelefons beantworten Ihre Fragen zu medizinischen Themen und zur zahnärztlichen Versorgung etc.

Leistungsmerkmale	KombiMed Zahn Tarif KDT50	KombiMed Zahn Tarif KDT85
Zahnersatz Zahnkronen und Zahnersatz	Ja. 50 % (Tarif KDT50) bzw. 85 % (Tarif KDT85) inklusive der Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für <ul style="list-style-type: none"> • Kronen • Teilkronen z. B. Onlays, Veneers usw. • Brücken • Zahnprothesen • Wiederherstellung von Zahnkronen und Zahnersatz 100 % inklusive der GKV-Leistung, wenn die zahnärztlichen Maßnahmen ausschließlich im Rahmen der Regelversorgung durchgeführt wurden.	
Implantate	Ja. 50 % (Tarif KDT50) bzw. 85 % (Tarif KDT85) inklusive der Leistung der GKV für Implantate sowie inklusive chirurgische Maßnahmen, zum Beispiel 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.	
Zahnbehandlung (inkl. Inlays)	Ja. 50 % (Tarif KDT50) bzw. 85 % (Tarif KDT85) inklusive der Leistung der GKV für Füllungen, z. B. Kunststofffüllungen, Inlays. Weitere Leistungen der Zahnbehandlung, zum Beispiel Wurzelbehandlung, sind in diesem Tarif nicht versichert. Hierfür empfehlen wir den Abschluss des Tarifs KDBE.	
Kieferorthopädie (KFO)	Nein. Hierfür empfehlen wir den Abschluss des Tarifs KDBE.	
Parodontologische Leistungen und Wurzelbehandlungen	Nein. Hierfür empfehlen wir den Abschluss des Tarifs KDBE.	
Professionelle Zahnreinigung	Nein. Hierfür empfehlen wir den Abschluss des Tarifs KDBE.	
Funktionsanalyse und Funktionstherapie	Nein.	
Schmerztherapie	Nein.	
Partnerzahnarzt	Ja. 55 % (Tarif KDT50 statt 50 %) bzw. 90 % (Tarif KDT85 statt 85 %) inklusive GKV-Leistung für Zahnersatz inkl. Implantate und Inlays, wenn für die vorgenannten Behandlungen ein mit der DKV kooperierender Zahnarzt aufgesucht wird.	
Regelung, wenn die GKV nicht vorleistet	Nein. Ohne eine GKV Vorleistung erfolgt aus dem Tarif KDT50 / Tarif KDT85 keine Erstattung.	
Summenbegrenzung in den ersten drei Jahren (die sogenannte Zahnstaffel). Bitte beachten: Es gilt das Versicherungsjahr	Ja. <ul style="list-style-type: none"> • im 1. Jahr bis zu 250 Euro. • im 1. und 2. Jahr bis zu 500 Euro. • im 1. bis zum 3. Jahr bis zu 750 Euro. Die Begrenzung entfällt ab dem 4. Jahr und immer bei einem Unfall.	Ja. <ul style="list-style-type: none"> • im 1. Jahr bis zu 500 Euro. • im 1. und 2. Jahr bis zu 1.000 Euro. • im 1. bis zum 3. Jahr bis zu 1.500 Euro. Die Begrenzung entfällt ab dem 4. Jahr und immer bei einem Unfall.
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Nein. Es gibt keine leistungsfreien Zeiten.	
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	Ja. Je nach Ergebnis kann ein Zuschlag bzw. der Ausschluss von Leistungen vereinbart werden. Fehlende Zähne sind mit einem Beitragszuschlag mitversichert, wenn die Behandlung vor Vertragsabschluss weder begonnen noch von einem Zahnarzt angeraten ist. Pro fehlendem Zahn beträgt der Zuschlag 2 Euro (KDT50) bzw. 4 Euro (KDT85). Ab 4 fehlenden nichtersetzten Zähnen sind die Kosten für Zahnersatz sowie implantologische Leistungen einschließlich damit im Zusammenhang stehende funktionsanalytische / funktions-therapeutische Maßnahmen sowie anfallende zahntechnische Laborarbeiten und Materialien nach nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.	

Leistungsmerkmale	KombiMed Zahn Tarif KDT50	KombiMed Zahn Tarif KDT85
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. 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 nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge. Siehe Rückseite.	
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.	
Serviceleistungen	Ja. Die Experten unseres Gesundheitstelefon beantworteten Ihre Fragen zu medizinischen Themen und zur zahnärztlichen Versorgung etc.	

Leistungsmerkmale	KombiMed Zahn Tarif KDT
Zahnersatz	Doppelter Festzuschuss: Unsere Leistung erfolgt in gleicher Höhe wie der von der GKV zuvor als Pflichtleistung gezahlte Festzuschuss für Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken, Zahnprothesen und implantatgetragener Zahnersatz). Zusammen mit den Leistungen der GKV jedoch maximal 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen.
Implantate	Nein. Erstattet wird jedoch der implantatgetragene Zahnersatz (Suprakonstruktion).
Zahnbehandlung (inkl. Inlays)	Nein.
Kieferorthopädie (KFO)	Nein. Hierfür empfehlen wir den Abschluss des Tarifs KDBE.
Parodontologische Leistungen und Wurzelbehandlungen	Nein. Hierfür empfehlen wir den Abschluss des Tarifs KDBE.
Professionelle Zahnreinigung	Nein. Hierfür empfehlen wir den Abschluss des Tarifs KDBE.
Funktionsanalyse und Funktionstherapie	Nein.
Schmerztherapie	Nein.
Partnerzahnarzt	Nein.
Regelung, wenn die GKV nicht vorleistet	Nein. Ohne eine GKV Vorleistung erfolgt aus dem Tarif KDT keine Erstattung.
Summenbegrenzung in den ersten drei Jahren (die sogenannte Zahnstaffel)	Nein.

Leistungsmerkmale	KombiMed Zahn Tarif KDT
Leistungserstattung im Ausland	Ja. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in anderen Staaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes und in der Schweiz.
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Ja. In den ersten acht Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Die Wartezeit entfällt bei einem Unfall.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Nein. Es besteht jedoch kein Leistungsanspruch für einen Versicherungsfall, der vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist. Das heißt, für laufende und angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt auch für die erstmalige Versorgung von bei Beginn des Versicherungsschutzes fehlenden, nicht ersetzten Zähnen mit provisorischem wie auch endgültigem Zahnersatz.
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	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. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.
Serviceleistungen	Ja. Die Experten unseres Gesundheitstelefons beantworten Ihre Fragen zu medizinischen Themen und zur zahnärztlichen Versorgung etc.

MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO

STAND: TARIF KDT 01. 10. 2013 / TARIF KDT85/KDT50 01. 07. 2017 / Tarif KDTP100 01.01.2016

Tarif	Tarif KDT	Tarif KDT50	Tarif KDT85	Tarif KDTP100
Alter	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau
0–9 Jahre	6,40	0,24	1,55	2,22
10–19 Jahre	6,40	0,24	1,55	2,22
20–29 Jahre	6,40	0,75	5,68	15,45
30–39 Jahre	6,40	2,02	13,15	23,78
40–49 Jahre	6,40	3,20	18,80	34,71
50–59 Jahre	12,10	5,25	28,08	51,49
60–69 Jahre	12,10	7,62	30,62	61,27
70–79 Jahre	12,10	7,62	30,62	61,27
80–89 Jahre	12,10	7,62	30,62	61,27
90–99 Jahre	12,10	7,62	30,62	61,27

Tarif KDT: Sobald eine versicherte Person das 49. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Tarif KDT50/KDT85: Für die versicherte Person, die das 9., 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. 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.

Leistungsmerkmale	KombiMed Zahn Tarif KDBE
Zahnersatz	Nein.
Implantate	Nein.
Zahnbehandlung	Ja. 100 % für parodontologische Leistungen und Wurzelbehandlungen, soweit keine Leistungsansprüche gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen.
Kieferorthopädie (KFO)	Ja. Bis zu 1.500 Euro je Versicherungsfall, sofern bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.
Funktionsanalyse und Funktionstherapie	Ja. Diese Leistungen werden im Zusammenhang mit einer KFO erstattet.
Zahnprophylaxe ohne Partnerzahnarzt	Ja. 100 % für 2 professionelle Zahnreinigungen je Kalenderjahr (bis zu 75 Euro je PZR).
Zahnprophylaxe mit Partnerzahnarzt	Ja. 100 % für 2 professionelle Zahnreinigungen je Kalenderjahr (bis zu 100 Euro je PZR), wenn diese Behandlungen durch einen mit der DKV kooperierenden Zahnarzt durchgeführt werden.
Summenbegrenzung in den ersten drei Jahren (die sogenannte Zahnstaffel)	Nein.
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Nein. Es gibt keine leistungsfreien Zeiten.
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	Ja. Je nach Ergebnis kann 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. Sie ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Beiträge führen.
Serviceleistungen	Ja. Die Experten unseres Gesundheitstelefons beantworten Ihre Fragen zu medizinischen Themen und zur zahnärztlichen Versorgung etc.

MONATLICHE BEITRÄGE IN EURO

(STAND: 01.07.2015)

Tarif	Tarif KDBE
Alter	Mann/Frau
0–19 Jahre	9,45
ab 20 Jahre	9,44

Tarif KDBE: 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)

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	–	–	6,14	3,35
15 Jahre	–	–	12,70	7,20
16 Jahre	–	–	12,70	7,20
17 Jahre	–	–	12,70	7,20
18 Jahre	–	–	12,70	7,20
19 Jahre	–	–	12,70	7,20
20 Jahre	14,86	11,24	34,59	26,33
21 Jahre	14,86	11,24	35,55	27,04
22 Jahre	14,86	11,24	36,55	27,78
23 Jahre	14,86	11,24	37,60	28,56
24 Jahre	14,86	11,24	38,65	29,34
25 Jahre	22,37	15,60	39,70	30,12
26 Jahre	22,37	15,60	40,72	30,89
27 Jahre	22,37	15,60	41,74	31,65
28 Jahre	22,37	15,60	42,75	32,42
29 Jahre	22,37	15,60	43,75	33,16
30 Jahre	31,01	20,71	44,73	33,91
31 Jahre	31,01	20,71	45,67	34,65
32 Jahre	31,01	20,71	46,59	35,39
33 Jahre	31,01	20,71	47,49	36,13
34 Jahre	31,01	20,71	48,43	36,88
35 Jahre	31,01	20,71	49,41	37,67
36 Jahre	31,01	20,71	50,37	38,46
37 Jahre	31,01	20,71	51,36	39,29
38 Jahre	31,01	20,71	52,40	40,14
39 Jahre	31,01	20,71	53,53	41,06
40 Jahre	31,01	20,71	54,75	42,04
41 Jahre	31,01	20,71	56,07	43,08
42 Jahre	31,01	20,71	57,49	44,20
43 Jahre	31,01	20,71	59,02	45,40
44 Jahre	31,01	20,71	60,61	46,63
45 Jahre	–	–	62,24	47,91
46 Jahre	–	–	63,97	49,24
47 Jahre	–	–	65,76	50,61
48 Jahre	–	–	67,62	52,04
49 Jahre	–	–	69,51	53,50
50 Jahre	–	–	71,44	54,98
51 Jahre	–	–	73,42	56,51
52 Jahre	–	–	75,45	58,07
53 Jahre	–	–	77,53	59,67
54 Jahre	–	–	79,65	61,31
55 Jahre	–	–	81,82	62,99
56 Jahre	–	–	84,05	64,70
57 Jahre	–	–	86,34	66,47
58 Jahre	–	–	88,70	68,28
59 Jahre	–	–	91,09	70,12
60 Jahre	–	–	93,50	71,98
61 Jahre	–	–	95,98	73,89
62 Jahre	–	–	98,50	75,84
63 Jahre	–	–	101,09	77,83
64 Jahre	–	–	103,64	79,80
65 Jahre	–	–	104,20	80,24
66 Jahre	–	–	106,76	82,20
67 Jahre	–	–	109,30	84,15
68 Jahre	–	–	111,83	86,08
69 Jahre	–	–	114,37	88,02
70 Jahre	–	–	116,93	89,97

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. Es besteht kein Leistungsanspruch für einen Versicherungsfall, der vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist. Ein solcher Fall liegt vor, wenn ein Arzt in den letzten 24 Monaten vor Vertragsabschluss die Notwendigkeit einer stationären Weiterbehandlung in Erwägung gezogen hat.

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. 2017 FÜR TARIF UZ1 / 01. 10. 2013 FÜR TARIF UZ2)

Tarif	Tarif KSU	Tarif UZ1	Tarif UZ2
Alter	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau
0–19 Jahre	3,90	11,64	3,09
20–29 Jahre	6,10	12,03	4,48
30–39 Jahre	6,40	17,74	4,85
40–49 Jahre	6,40	17,06	5,17
50–59 Jahre	8,00	22,20	7,54
60–69 Jahre	13,80	34,05	14,51
70–79 Jahre	23,90	56,24	29,66
80–89 Jahre	35,80	87,85	49,62
90–99 Jahre	44,30	95,12	53,75
100–109 Jahre	44,30	–	–
110–119 Jahre	44,30	–	–

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.

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankenhaustagegeld Tarif KKHT
Versicherbarer Personenkreis	Privat Vollversicherte und gesetzlich Versicherte.
Tagegeld	<p>Ja. Das Tagegeld 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 Tagegeld, 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 Tagegeld 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 Tagegeld 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, 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. 10. 2013) TAGEGELD JE 5 EURO

Tarif	Tarif KKHT
Alter	Mann/Frau
0–14 Jahre	1,12
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. Es besteht kein Leistungsanspruch für einen Versicherungsfall, der vor Abschluss des Vertrages eingetreten ist. 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. 06. 2013)

Tarif	Best Care Tarif KBCK
Alter	Mann/Frau
0–59 Jahre	4,70
ab 60 Jahren	11,40

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

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. Im Folgenden verstehen wir unter „Rechnungsbetrag“ die erstattungsfähigen Aufwendungen.

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.
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: 21. 12. 2012)

Tarif	KombiMed Arzneimittel Tarif KAZM	
	Mann/Frau	
Alter		
0–19 Jahre		1,39
20–29 Jahre		2,99
30–39 Jahre		4,69
40–49 Jahre		6,05
50–59 Jahre		7,12
60–69 Jahre		9,84
70–79 Jahre		12,83
80–89 Jahre		13,52
90–99 Jahre		13,52

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.

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 % vom Rechnungsbetrag, bis zu 600 EUR pro Hörgerät, auch ohne Vorleistung der Krankenkasse.
Hilfsmittel außer Sehhilfen und Hörgeräte	Nein	Ja. 80 % vom Rechnungsbetrag, 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.
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. 2014 FÜR TARIF KSHR, 01.07.2017 FÜR TARIF KHMR)

Tarif	KombiMed Sehhilfen Tarif KSHR	KombiMed Sehhilfen Tarif KHMR
Alter	Mann/Frau	Mann/Frau
0–19 Jahre	3,91	7,82
ab 20 Jahre	6,14	10,00

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 Hufelandverzeichnisses bzw. im Rahmen der Rahmen des Gebührenverzeichnisses 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.

Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

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 Erstattungsätze 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	KombiMed Balance Tarif KABN	KombiMed Balance Tarif KABZ
Alter	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 Privat.

Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

LEISTUNGSMERKMALE	KombiMed Ambulant Privat Tarif KAMP
	<p>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).</p> <p><u>Hinweis:</u> 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.</p>
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) im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnis. Dazu gehören auch podologische, ergotherapeutische und osteopathische Leistungen.
Logopädie	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung für Leistungen des Logopäden im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnis.
Heilpraktiker	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung bis 1.000 EURO für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des Gebührenverzeichnis 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 Impfkommision bzw. – Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit empfohlen werden. Dazu zählen beispielsweise Impfungen gegen Tetanus und Diphtherie. Schutzimpfungen für Reisen sind ebenfalls versichert.
Krankentransport	Ja. 100 % nach GKV-Vorleistung für den Transport – <u>zum</u> nächsterreichbaren Arzt oder zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus nach einem Unfall bzw. im Notfall. – <u>zu und von</u> der ambulanten Dialysebehandlung, Röntgentiefen- und Chemotherapie. – <u>zu und von</u> der ambulanten Behandlung bei bestimmter Schwerbehinderung bzw. Pflegebedürftigkeit. Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges erstattet die DKV pro Kilometer 0,22 EUR.

Leistungsmerkmale KombiMed Ambulant Privat.

Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

LEISTUNGSMERKMALE	KombiMed Ambulant Privat Tarif KAMP
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)

Tarif	KombiMed Ambulant Privat Tarif KAMPO (ohne Selbstbehalt)	KombiMed Ambulant Privat Tarif KAMP1 (mit Selbstbehalt)
Alter	Mann/Frau	Mann/Frau
0-14 Jahre	49,40	32,56
15-19 Jahre	59,32	34,52
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.

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	KombiMed Tagegeld Tarif KTOG
Tarifleistung / Zahlung Krankentagegeld	Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zahlen wir ab dem vereinbarten Leistungsbeginn das Krankentagegeld in der vereinbarten Höhe. Wir zahlen das Krankentagegeld auch für Sonn- und Feiertage.	
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.	
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 Leistung endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht.	Die Leistungsdauer wegen derselben Krankheit ist auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren befristet, gerechnet vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an.
Rückfallerkrankung	Ja. Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die der Arbeitgeber bei der Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammenrechnet, zählen wir ebenfalls zusammen.	
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.
Regelung bei Berufsunfähigkeit	Die Versicherung endet beim Eintritt der Berufsunfähigkeit. Wenn bereits zu diesem Zeitpunkt Arbeitsunfähigkeit vorliegt, endet die Versicherung drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.	

Leistungsmerkmale KombiMed Krankentagegeld für Arbeitnehmer. Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

LEISTUNGSMERKMALE	KombiMed Krankentagegeld Tarif KTAG	KombiMed Tagegeld Tarif KTOG
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Nein.	Ja. <u>Allgemeine Wartezeit:</u> In den ersten 3 Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Die allgemeine Wartezeit entfällt bei einem Unfall. <u>Besondere Wartezeit:</u> 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: – 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: – 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 3 Jahre kann das Krankentagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung und leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten) erhöht werden. Dafür muss ein Krankentagegeld von mindestens 25 Euro vereinbart sein. Das Nettoeinkommen der versicherten Person darf nicht überschritten werden. Wir informieren in regelmäßigen Abständen mit einem schriftlichen Anpassungsvorschlag. Die Anpassung erfolgt bis zur gleichen prozentualen Höhe, wie sich das zuletzt erhaltene Nettoeinkommen erhöht hat. War vor der Erhöhung ein zu geringes Tagegeld versichert, kann das nicht ausgeglichen werden.	Nein.
Planmäßige Erhöhung der Versicherungsbeiträge zu festen Terminen	Nein.	Nein.
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.

Leistungsmerkmale KombiMed Krankentagegeld für Arbeitnehmer. Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

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. 2017), 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 Leistungsbeginn ab	Tarif KTOG ab 43. Tag	Tarif KTAG ab 43. Tag	Tarif KTAG ab 183. Tag	Tarif KTAG ab 365. Tag
	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau	Mann/Frau
20 Jahre	3,20	1,48	0,47	0,12
21 Jahre	3,20	1,53	0,47	0,12
22 Jahre	3,20	1,59	0,48	0,13
23 Jahre	3,20	1,64	0,49	0,13
24 Jahre	3,20	1,70	0,50	0,13
25 Jahre	3,20	1,77	0,51	0,13
26 Jahre	3,20	1,83	0,52	0,14
27 Jahre	3,20	1,90	0,53	0,14
28 Jahre	3,20	1,96	0,55	0,14
29 Jahre	3,20	2,03	0,56	0,15
30 Jahre	3,20	2,10	0,57	0,15
31 Jahre	3,20	2,17	0,59	0,15
32 Jahre	3,20	2,24	0,60	0,16
33 Jahre	3,20	2,32	0,62	0,16
34 Jahre	3,20	2,39	0,63	0,16
35 Jahre	3,20	2,47	0,65	0,17
36 Jahre	3,20	2,56	0,67	0,17
37 Jahre	3,20	2,64	0,69	0,18
38 Jahre	3,20	2,74	0,71	0,18
39 Jahre	3,20	2,83	0,73	0,19
40 Jahre	6,00	2,93	0,75	0,20
41 Jahre	6,00	3,03	0,78	0,20
42 Jahre	6,00	3,13	0,80	0,21
43 Jahre	6,00	3,24	0,83	0,22
44 Jahre	6,00	3,36	0,86	0,22
45 Jahre	6,00	3,47	0,89	0,23
46 Jahre	6,00	3,59	0,92	0,24
47 Jahre	6,00	3,71	0,95	0,25
48 Jahre	6,00	3,84	0,98	0,25
49 Jahre	6,00	3,97	1,01	0,26
50 Jahre	10,80	4,09	1,04	0,27
51 Jahre	10,80	4,22	1,08	0,28
52 Jahre	10,80	4,35	1,11	0,29
53 Jahre	10,80	4,48	1,14	0,30
54 Jahre	10,80	4,60	1,18	0,31
55 Jahre	10,80	4,72	1,21	0,32
56 Jahre	10,80	4,83	1,24	0,32
57 Jahre	10,80	4,94	1,27	0,33
58 Jahre	10,80	5,04	1,31	0,34
59 Jahre	10,80	5,13	1,34	0,35
60 Jahre	13,20	5,22	1,36	0,36

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. Mobilfunkanbieters)

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 Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme 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 <ul style="list-style-type: none"> • stationären Kuraufenthaltes zu 100 % • ambulanten/teilstationären Kuraufenthaltes zu 75 % wenn der Aufenthalt selbst bezahlt wird, weil z. B. kein Anspruch bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung, gesetzliche Krankenversicherung) besteht. Übernimmt dagegen ein Rehabilitationsträger die Kosten, zahlen wir unabhängig von der vereinbarten Tagegeldhöhe, bei <ul style="list-style-type: none"> • stationärem Kuraufenthalt 40 EUR. • ambulanten/teilstationärem Kuraufenthalt 30 EUR. Der Tarif sieht unter anderem keine Leistung vor für: <ul style="list-style-type: none"> • 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 Gesundheitszustandes 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
<p>Personen, die gesetzlich krankenversichert sind.</p> <p>Personen, die im brancheneinheitlichen Basistarif versichert sind.</p> <p>Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge oder vergleichbare Versorgung haben.</p> <p>Personen, für die der Beihilfebemessungssatz 75% oder mehr beträgt.</p>	<p>Personen, für die der Beihilfebemessungssatz mindestens 50 % und unter 75 % beträgt.</p>	<p>Personen, für die der Beihilfebemessungssatz mindestens 25 % und unter 50 % beträgt.</p>	<p>Personen, die zu 100 % privat krankenversichert sind.</p> <p>Personen, für die der Beihilfebemessungssatz weniger als 25 % beträgt.</p>

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

50594 Köln

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. Mobilfunkanbieters)

service@dkv.com, www.dkv.com

© DKV Deutsche Krankenversicherung AG | 50594 Köln | 50073992 | 02.2018 | VUAD

Leistungsmerkmale KombiMed 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 KombiMed-Produkte. Weitere Leistungsbeschreibungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in denen die Leistungen nach Art und Umfang geregelt sind.

Leistungen	Pflege Zuschuss 100 PZU100	Pflege Tagegeld PTG
Häusliche Pflege, Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sowie vollstationäre Pflege	Ja. Wir leisten grundsätzlich in gleicher Höhe wie die Pflegepflichtversicherung.	Ja. Unabhängig davon, ob Pflegefachkraft oder sonstige Person pflegt.
Begrenzung der Leistung bei häuslicher Pflege, Verhinderungspflege, teilstationärer Pflege sowie bei Kurzzeitpflege	<p>Ja. Bei häuslicher Pflege durch Laienpfleger (z.B. Verwandte) in Abhängigkeit vom Pflegegrad monatlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 0 Euro - Pflegegrad 2 316 Euro - Pflegegrad 3 545 Euro - Pflegegrad 4 728 Euro - Pflegegrad 5 901 Euro <p>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. Eine Aufstockung durch Leistungen aus der Kurzzeitpflege ist möglich (bis zu 806 Euro).</p> <p>Bei häuslicher Pflege durch Pflegefachkräfte und teilstationärer Pflege monatlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 0 Euro - Pflegegrad 2 bis zu 689 Euro - Pflegegrad 3 bis zu 1.298 Euro - Pflegegrad 4 bis zu 1.612 Euro - Pflegegrad 5 bis zu 1.995 Euro <p>Für die kurzfristige vollstationäre Pflege im Pflegeheim von bis zu 8 Wochen erfolgt eine Erstattung bis zu 1.612 Euro jährlich. Eine Aufstockung durch Leistungen aus der Verhinderungspflege ist möglich (bis zu 1.612 Euro).</p> <p>Für alle Pflegegrade in der ambulanten Pflege gilt: Bis zu 125 Euro für zweckgebundene Leistungen (Entlastungsleistungen)</p>	<p>Ja. Bei häuslicher Pflege, teilstationärer Pflege, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Abhängigkeit vom Pflegegrad und des vereinbarten Pflegetagegeldes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 30 % - Pflegegrad 2 40 % - Pflegegrad 3 70 % - Pflegegrad 4 100 % - Pflegegrad 5 150 %
Begrenzung der Leistung bei vollstationärer Pflege	<p>Ja. Bei vollstationärer Pflege in Abhängigkeit vom Pflegegrad monatlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 pauschal 125 Euro - Pflegegrad 2 pauschal 770 Euro - Pflegegrad 3 pauschal 1.262 Euro - Pflegegrad 4 pauschal 1.775 Euro - Pflegegrad 5 pauschal 2.005 Euro 	<p>Ja. In Abhängigkeit vom Pflegegrad und des vereinbarten Pflegetagegeldes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1– 4 100 % - Pflegegrad 5 150 %
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes sowie Pflegehilfsmittel	Ja. Erstattung von bis zu 4.000 Euro Zuschuss je Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Anstelle Leistungen für Pflegehilfsmittel kann sich der Versicherte auch für die Zahlung einer Jahrespauschale von derzeit 610 Euro entscheiden. Zahlung von bis zu 40 Euro monatlich für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel.	Nein
Service-Leistungen	Das kostenlose Pflegetelefon der DKV unterstützt kompetent bei allen Fragen rund um das Thema Pflege.	
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Nein	Nein
Erhöhte Leistung nach 15 Versicherungsjahren	Nein	Nein
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	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.	

Leistungsmerkmale KombiMed Pflegezusatzversicherung.

Leistungen	KombiMed Pflege Tarif KPET	KombiMed Pflege Tarif KPEK	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP (nur als Einzelversicherung)
Häusliche Pflege, Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sowie vollstationäre Pflege	Ja. Unabhängig davon, ob Pflegefachkraft oder sonstige Person pflegt.	Ja. Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden entsprechend der festgestellten Pflegestufe aufgestockt.	Ja. Unabhängig davon, ob Pflegefachkraft oder sonstige Person pflegt.
Begrenzung der Leistung bei häuslicher Pflege, Verhinderungspflege, teilstationärer Pflege sowie bei Kurzzeitpflege	Ja. Tagegeldleistung in Abhängigkeit vom Pflegegrad und des vereinbarten Pflegetagegeldes: <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. Verwandte) in Abhängigkeit vom Pflegegrad 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 <p>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.</p> <p>Bei häuslicher oder teilstationärer Pflege in Abhängigkeit vom Pflegegrad durch eine Pflegefachkraft monatlich:</p> <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 <p>Für die kurzfristige vollstationäre Pflege im Pflegeheim, sofern mindestens Pflegegrad 2 vorliegt, erfolgt eine Erstattung für längstens 8 Wochen bis zu 775 Euro jährlich.</p>	Ja. In Abhängigkeit vom Pflegegrad und des Eintrittsalters 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
Begrenzung der Leistung bei vollstationärer Pflege	Ja. Tagegeldleistung in Abhängigkeit vom Pflegegrad und des vereinbarten Pflegetagegeldes: <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 10 % - Pflegegrad 2-5 100 % 	Ja. In Abhängigkeit vom Pflegegrad monatlich: <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrad 1 0 Euro - Pflegegrad 2-4 bis zu 775 Euro - Pflegegrad 5 bis zu 959 Euro <p>Pflegegeld bei vollstationärer Pflege: Liegt mindestens Pflegegrad 2 vor, wird ein monatliches Pflegegeld in Höhe von 350 EUR gezahlt. Die Leistung erfolgt, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten 60 EUR.</p>	Ja. In Abhängigkeit vom Pflegegrad und des Eintrittsalters 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
Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag	Nein	Bis zu 60 Euro monatlich für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen.	Nein
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes sowie Pflegehilfsmittel	Nein	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. Für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, beispielsweise Treppenlifter, gibt es einen Zuschuss je Maßnahme von 1.278,50 Euro.	Nein

Leistungsmerkmale KombiMed Pflegezusatzversicherung.

Leistungen	KombiMed Pflege Tarif KPET	KombiMed Pflege Tarif KPEK	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP (nur als Einzelversicherung)
Service-Leistungen	Nein	Nein	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.
Erhöhte Leistung nach 15 Versicherungsjahren	Nein	Nein	Ja. In Abhängigkeit vom Pflegegrad und des ursprünglichen Eintrittsalters monatlich: <ul style="list-style-type: none"> - 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
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	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.		

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

50594 Köln

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. Mobilfunkanbieters)

service@dkv.com, www.dkv.com

50069581 (1.17)

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 Erschwerisse 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

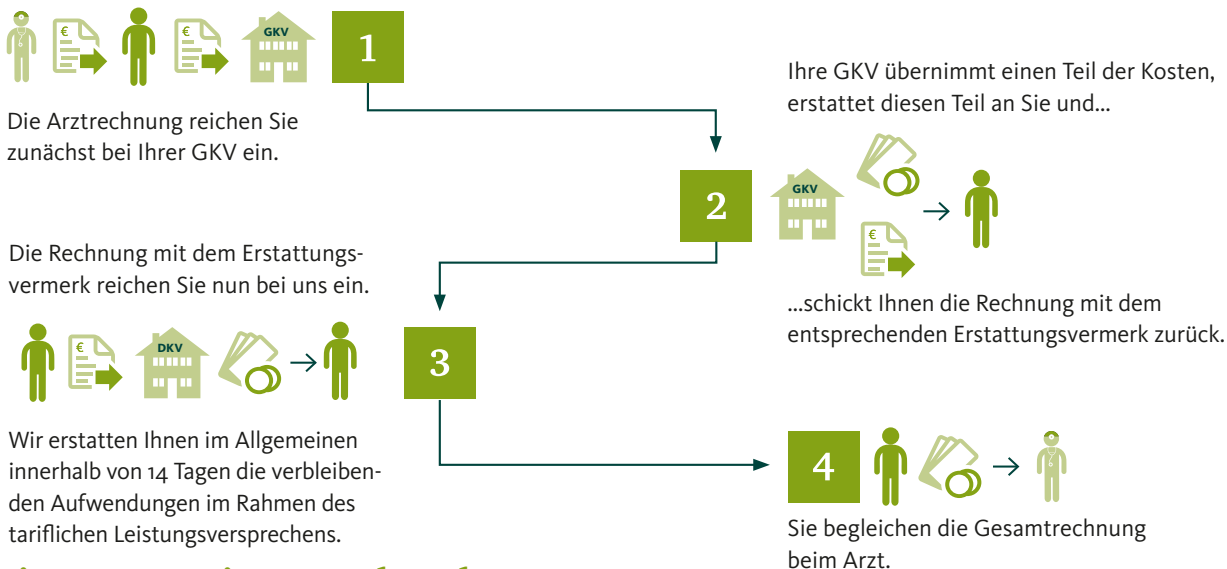
- ambulante ärztliche Versorgung
- ambulante zahnärztliche Versorgung und
- ärztlich/zahnärztlich veranlasste Versorgung vereinbart sein.

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.



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)