

Leistungsmerkmale KombiMed Krankenhaus.

Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

(EINZELVERSICHERUNG)

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 nach den AVB erstattungsfähigen Aufwendungen (nicht auf den Rechnungsbetrag).

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankenhaus Tarif UZ1 Tarif UZ2	KombiMed Krankenhaus Tarif KGZ1 Tarif KGZ2
Behandlung durch den Chefarzt und andere Ärzte oder Hebammen	Nein.	Ja, auch in einer Privatklinik.
Leistungsgrenze für Chefarztbehandlung	Für Chefarztbehandlung wird nicht geleistet.	Nein.
Übernahme der Mehrkosten für die Unterbringung im 1-Bett- bzw. 2-Bett-Zimmer	Ja. Im Tarif UZ2 für das 2-Bett-Zimmer. Im Tarif UZ1 für das 1-Bett- oder 2-Bett-Zimmer.	Ja. Im Tarif KGZ2 für das 2-Bett-Zimmer. Im Tarif KGZ1 für das 1-Bett- oder 2-Bett-Zimmer.
Aufenthalt in einer Privatklinik	Ja, wenn die Krankenkasse ihre Pflichtleistung erbringt.	Ja.
Ersatz-Krankenhaustagegeld als Ausgleichszahlung	Ja, wenn es vorkommen sollte, dass ein Krankenhaus kein 1- oder 2-Bettzimmer zur Verfügung stellen kann.	Ja, wenn die Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer nicht erfolgt und wenn gleichzeitig auch auf die Chefarztbehandlung verzichtet wird.
Leistungsgrenze für die Übernahme der Mehrkosten für das 1- oder 2-Bettzimmer	Nein.	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	Nein. Der Vertragsabschluss kommt immer zustande. 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.	Ja. Je nach Ergebnis kann der Vertrag gegebenenfalls nicht zustande kommen oder eventuell ein Zuschlag bzw. der Ausschluss von Krankheiten vereinbart werden.

Leistungsmerkmale KombiMed Krankenhaus.

Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

(EINZELVERSICHERUNG)

Leistungsmerkmale	KombiMed Krankenhaus Tarif UZ1 Tarif UZ2	KombiMed Krankenhaus Tarif KGZ1 Tarif KGZ2
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Ja. Allgemeine Wartezeit: In den ersten drei Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Besondere Wartezeit: In den ersten acht Monaten besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Behandlungen eine Entbindung, Psychotherapie oder einen Zahnersatz betreffen. Wegfall der Wartezeit: – die allgemeine Wartezeit entfällt bei einem Unfall.	Ja. Allgemeine Wartezeit: In den ersten drei Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Besondere Wartezeit: In den ersten acht Monaten besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Behandlungen eine Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz oder eine Kieferorthopädie betreffen. Wegfall der Wartezeit: – die allgemeine und besondere Wartezeit für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen bei einem Unfall. – mit einer ärztlichen Untersuchung können ab Vertragsbeginn die Wartezeiten erlassen werden (ausgenommen: Zahnersatz, Kieferorthopädie). Der Untersuchungsbericht muss innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung bei der DKKV eingehen. Die Kosten trägt der Antragsteller.
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. 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.	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.	

MONATLICHE BEITRÄGE IN EUR

Tarif	Tarif UZ1	Tarif UZ2
Alter	Mann/Frau	Mann/Frau
0– 9 Jahre	6,15	3,22
10–19 Jahre	6,15	3,22
20–29 Jahre	9,85	4,67
30–39 Jahre	12,45	5,05
40–49 Jahre	12,79	5,39
50–59 Jahre	17,23	7,85
60–69 Jahre	30,46	15,11
70–79 Jahre	54,33	30,90
80–89 Jahre	81,36	51,69
90–99 Jahre	88,06	55,99

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.

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

VF 119-4A (10.12)