

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.

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 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
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 der Vertrag gegebenenfalls nicht zustande kommen oder eventuell 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)	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 oder eine Psychotherapie betreffen. Wegfall der Wartezeit: – Die allgemeine und besondere Wartezeit entfallen bei einem Unfall. – Mit einer ärztlichen Untersuchung können ab Vertragsbeginn die Wartezeiten erlassen werden. Der Untersuchungsbericht muss innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung bei der DKKV eingehen. Die Kosten trägt der Antragsteller.	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, 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.