

Allgemeine  
Versicherungsbedingungen (AVB)  
Teil II (Tarif)  
für den

**KombiMed Tarif AZM**

FÜR GKV-VERSICHERTE

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

**Teil II gilt nur in Verbindung mit den AVB – Teil I – für Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung (Druckstück B 161)**

**Sehr geehrter Versicherungsnehmer,**

Teil II der AVB enthält die speziell für Ihren gewählten Versicherungsschutz geltenden Bestimmungen, insbesondere zu Art und Umfang der Versicherungsleistung.

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG

## **Inhaltsverzeichnis**

### **I. Unsere Leistungen**

- 1. Serviceleistungen** 3
- 2. Leistungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel**
  - 2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen 3
  - 2.2 Aufwendungsersatz 3

### **II. Ihre Leistungen**

- Monatliche Beitragsraten** 3

### **III. Sonstiges**

- 1. Welche Nachweise sind zu erbringen?** 3
- 2. Welche Obliegenheit ist zu beachten; was passiert bei Verletzung der Obliegenheit?** 4
- 3. Können wir den Versicherungsschutz anpassen?** 4
- 4. Wer ist versicherungsfähig; was passiert bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit?** 4
- 5. Kann die Versicherung nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit fortgeführt werden?** 4

## I. Unsere Leistungen

---

### 1. Serviceleistungen

---

#### *Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter Heilbehandlung*

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon, die Sie in Anspruch nehmen können. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen

wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen

außerdem bieten wir Ihnen

- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
  - die Einschaltung von Spezialisten
  - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung.

---

### 2. Leistungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel

---

#### 2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

**Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel (s. § 8 Abs. 2.1 AVB Teil I).

#### 2.2 Aufwendungsersatz

**Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80% ersetzt, höchstens jedoch 1.000 EUR je Kalenderjahr.**

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Arznei- und Verbandmittel bezogen worden sind.

## II. Ihre Leistungen

---

### **Monatliche Beitragsraten**

---

1. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
2. Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 22 Abs. 1 AVB Teil I.
3. Für die versicherte Person, die das 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. das 89. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

## III. Sonstiges

---

### 1. Welche Nachweise sind zu erbringen?

---

Für die in Nr. I.2 genannten Leistungen haben Sie uns die Urschrift bzw. eine Kopie der Verordnung mit der Krankheitsbezeichnung und dem Quittungsvermerk der Apotheke vorzulegen.

---

**2. Welche Obliegenheit ist zu beachten; was passiert bei Verletzung der Obliegenheit?**

---

- 2.1 Neben KombiMed Tarif AZM darf für eine versicherte Person außer den KombiMed Tarifen NHB bzw. KNHB keine weitere Krankheitskostenversicherung für die in Nr. 1.2 genannten Leistungen bei uns oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden (s. § 24 Abs. 4 und § 25 AVB Teil I).
- 2.2 Wird diese Obliegenheit verletzt, sind wir mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang AVB Teil I) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Wir können das Versicherungsverhältnis aber auch ohne Einhaltung einer Frist unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang AVB Teil I) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung kündigen.

---

**3. Können wir den Versicherungsschutz anpassen?**

---

Wir sind unter den Voraussetzungen des § 29 AVB Teil I berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse den veränderten Verhältnissen anzupassen.

---

**4. Wer ist versicherungsfähig; was passiert bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit?**

---

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, endet die Versicherung nach KombiMed Tarif AZM. Den Eintritt des Beendigungsgrundes haben Sie uns innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit schriftlich mitzuteilen.

---

**5. Kann die Versicherung nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit fortgeführt werden?**

---

Nach Eintritt des Beendigungsgrundes haben die versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten das Recht, ihre Versicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz und hat dementsprechend geringere Beiträge.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie  
Rufnummer)

**Anlage zu KombiMed Tarif AZM**

**Information über die monatlichen Beitragsraten in den jeweiligen Altersgruppen**

Wir haben den Tarif AZM nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Tarife nach Art der Schadenversicherung sind reine Risikotarife. Es werden keine Rückstellungen für das Alter angespart, um den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren. Der Beitrag ist daher abhängig vom Alter der versicherten Person. Dabei fassen wir mehrere Alter zusammen und berechnen den Beitrag jeweils nach diesen Altersgruppen.

Bei Erreichen des höchsten Alters der jeweiligen Altersgruppe wird die versicherte Person ab Beginn des folgenden Kalenderjahres in die nächsthöhere Altersgruppe eingestuft. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie den Beitrag der neuen Altersgruppe zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel deutliche Beitragssteigerungen zur Folge. Wir informieren Sie gern über die Beiträge in den einzelnen Altersgruppen.

Die Beiträge können sich zusätzlich durch erforderliche Beitragsanpassungen ändern.

Tarif AZM

Altersgruppe*	Monatliche Beitragsraten in Euro (Einzelversicherung)** (Stand 1.7.2021)	
	Frauen	Männer
0-19	0,70	0,70
20-29	2,90	1,90
30-39	4,00	2,20
40-49	5,20	2,90
50-59	5,90	3,90
60-69	7,60	6,60
70-79	9,50	9,30
80-89	9,70	9,50
ab 90	9,70	9,50

\* Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt, und dem Geburtsjahr.

\*\* Ohne etwaigen Beitragsnachlass und ohne etwaige Zuschläge. Den individuellen aktuell zu zahlenden Beitrag für die versicherte Person finden Sie im Versicherungsschein bzw. Nachtrag zum Versicherungsschein.

Bei einer Umstellung aus einer gleichartigen Versicherung, in welcher Alterungsrückstellungen gebildet wurden, gilt Folgendes: Bis dahin angesparte Alterungsrückstellungen werden in Tarif AZM „geparkt“. Sie führen nicht zu einer Minderung des Beitrags. Bei einem späteren Wechsel in einen gleichartigen Tarif, in dem Alterungsrückstellungen gebildet werden, übertragen wir die „geparkten“ Alterungsrückstellungen. Die Anrechnung erfolgt dann im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.