

## KombiMed Arzneimittel.

### 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. 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.
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, Psychotherapie, Zahnbehandlung oder Zahnersatz betreffen. Wegfall der Wartezeit: – die allgemeine Wartezeit entfällt 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 DKV eingehen. Die Kosten trägt der Antragsteller.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss.	Ja. Je nach Ergebnis kann der Vertrag gegebenenfalls nicht zustande kommen oder ein Zuschlag 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		1,46
20–29 Jahre		3,11
30–39 Jahre		4,89
40–49 Jahre		6,31
50–59 Jahre		7,42
60–69 Jahre		10,27
70–79 Jahre		13,39
80–89 Jahre		14,11
90–99 Jahre		14,11

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.	
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Ja. Allgemeine Wartezeit: In den ersten drei Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Wegfall der Wartezeit: – bei einem Unfall. – mit einer ärztlichen Untersuchung kann ab Vertragsbeginn die Wartezeit erlassen werden. Der Untersuchungsbericht muss innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung bei der DKV eingehen. Die Kosten trägt der Antragsteller. – für den Auslandsreiseschutz besteht keine Wartezeit	
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Nein.	Ja. Je nach Ergebnis kann der Vertrag gegebenenfalls nicht zustande kommen.
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	4,08	8,16
ab 20 Jahre	6,41	10,44

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

# Leistungsmerkmale KombiMed Ambulant.

## 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	80 % für vom Arzt oder Heilpraktiker verordnete – Arznei- und Verbandmittel – Heilmittel (z.B. Bäder oder Massagen). Dazu gehören auch logopädische, podologische, ergotherapeutische und osteopathische Leistungen. 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.
Sehhilfen	Ja. 100 % für neue Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen, maximal bis zu insgesamt 300 EURO innerhalb von 24 Monaten.
Hörgeräte	Ja. 100 % für vom Arzt verordnete Hörgeräte (inklusive gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen), maximal bis zu 600 EURO je Hörgerät.
Hilfsmittel außer Sehhilfen und Hörgeräte	Ja. 100% für vom Arzt verordnete Hilfsmittel (z. B. Gehstützen oder Krankenfahrstühle und inklusive gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen), maximal bis zu 300 EURO je Versicherungsjahr.
Alternativmedizin (Heilpraktiker und Naturheilverfahren gemäß Hufelandverzeichnis	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. Wir leisten maximal bis zu – 100 EURO im ersten Versicherungsjahr – 200 EURO im zweiten Versicherungsjahr – 300 EURO im dritten Versicherungsjahr – 600 EURO in jedem weiteren Versicherungsjahr.
Refraktive Augenchirurgie	100 % für ärztliche Leistungen im Rahmen der refraktiven Augenchirurgie wie z.B. Lasik oder Linsenaustausch, maximal 1.200 EURO. Eine erneute Erstattung ist nach 60 Monaten möglich. In den ersten drei Versicherungsjahren besteht eine Leistungsstaffel: Wir leisten maximal bis zu – 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	100 %, für – 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 Ambulant.

## Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

LEISTUNGSMERKMALE	KombiMed Arzneimittel 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.
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Ja. Allgemeine Wartezeit: In den ersten drei Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Besondere Wartezeit: In den ersten 8 Monaten besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Behandlung eine Entbindung oder Psychotherapie betrifft. Wegfall der Wartezeit: – bei einem Unfall. – mit einer ärztlichen Untersuchung kann ab Vertragsbeginn die Wartezeit erlassen werden. Der Untersuchungsbericht muss innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung bei der DKV eingehen. Die Kosten trägt der Antragsteller. – für den Auslandsreisenschutz besteht keine Wartezeit
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann der Vertrag nicht zustande kommen oder eventuell ein Zuschlag für bzw. ein 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 nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Der Wechsel der Altersgruppe hat in der Regel Beitragssteigerungen zur Folge.
Anpassung von Beiträgen	Ja, ist möglich. Es wird jedes Jahr geprüft, ob die Beiträge angepasst werden müssen. Dies kann dazu führen, dass sich die Versicherungsbeiträge erhöhen oder vermindern.

### MONATLICHE BEITRÄGE IN EUR (STAND: 01. 07. 2017)

Tarif Alter	KombiMed Balance Tarif KABN		KombiMed Balance Tarif KABZ	
	Mann/Frau		Mann/Frau	
0–19 Jahre	16,66		15,00	
20–29 Jahre	20,32		18,29	
30–39 Jahre	27,74		24,97	
40–49 Jahre	36,79		33,11	
50–59 Jahre	43,52		39,17	
60–69 Jahre	49,73		44,75	
70–79 Jahre	63,17		56,85	
80–89 Jahre	63,17		56,85	
90–99 Jahre	63,17		56,85	

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

# Leistungsmerkmale KombiMed Ambulant.

## Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

LEISTUNGSMERKMALE	KombiMed Ambulant Privat Tarif KAMP
	<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 <a href="http://www.dkv.com">www.dkv.com</a>. 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 Heilmittelverzeichnisses. Dazu gehören auch podologische, ergotherapeutische und osteopathische Leistungen.
Logopädie	Ja. 100% nach GKV-Vorleistung für Leistungen des Logopäden im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnisses.
Heilpraktiker	Ja. 100% nach GKV-Vorleistung bis 1.000 EURO für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) einschließlich der hierzu verordneten Arzneimittel je Versicherungsjahr. Die vom Heilpraktiker durchgeführte Psychotherapie ist nicht versichert.
Naturheilverfahren gemäß Hufelandverzeichnis	Ja. 100% nach GKV-Vorleistung bis 1.000 EURO für Methoden der Alternativmedizin gemäß Hufelandverzeichnis, einschließlich der hierzu verordneten Arzneimittel je Versicherungsjahr.
Ambulante Psychotherapie	Ja. Nach GKV-Vorleistung für die Psychotherapie – 100% für die ersten 30 Sitzungen. – 80% von der 31. bis zur 60. Sitzung. – 70% ab der 61. Sitzung. Die Sitzungsanzahl ist tariflich nicht begrenzt. Eine vorherige Zusage durch die DKV ist nicht erforderlich.
Vorsorge	Ja. 100% nach GKV-Vorleistung für alle Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen (z. B. Früherkennung von Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen), d. h. nach gesetzlich definierten Leistungen. Die gesetzlichen Altersgrenzen gelten hier nicht.
Schutzimpfungen (inkl. Impfstoffe)	Ja. 100% nach GKV-Vorleistung für Impfungen, die von der – Ständigen 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.

## 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.
Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten)	Nein.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann der Vertrag nicht zustande kommen oder eventuell ein Zuschlag für bzw. ein Ausschluss von Krankheiten vereinbart werden.
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Termen	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	50,67	33,41
15-19 Jahre	60,84	35,41
20 Jahre	149,71	112,69
21 Jahre	152,78	115,51
22 Jahre	155,99	118,47
23 Jahre	159,36	121,56
24 Jahre	162,68	124,80
25 Jahre	165,89	128,02
26 Jahre	168,94	131,12
27 Jahre	171,78	134,02
28 Jahre	174,40	136,71
29 Jahre	176,82	139,17
30 Jahre	179,03	141,39
31 Jahre	181,06	143,40
32 Jahre	182,93	145,23
33 Jahre	184,68	146,91
34 Jahre	186,36	148,49
35 Jahre	188,02	150,01
36 Jahre	189,68	151,52
37 Jahre	191,42	153,05
38 Jahre	193,26	154,66
39 Jahre	195,24	156,35
40 Jahre	197,38	158,18
41 Jahre	199,70	160,15
42 Jahre	202,21	162,26
43 Jahre	204,89	164,53
44 Jahre	207,74	166,95
45 Jahre	210,75	169,52
46 Jahre	213,90	172,22
47 Jahre	217,17	175,04
48 Jahre	220,54	177,96
49 Jahre	223,98	180,98
50 Jahre	227,47	184,09
51 Jahre	231,00	187,25
52 Jahre	234,54	190,46
53 Jahre	238,06	193,71
54 Jahre	241,57	196,97
55 Jahre	245,03	200,24
56 Jahre	248,44	203,51
57 Jahre	251,79	206,76
58 Jahre	255,08	209,99
59 Jahre	258,29	213,17
60 Jahre	261,43	216,32

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