

Leistungsmerkmale KombiMed KUR.

Zusatzversicherung für gesetzlich und privat Versicherte.

(EINZELVERSICHERUNG/GRUPPENVERSICHERUNG)

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. Der Vertragsabschluss kommt immer zustande. 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

VF 249-4 (10.13)