

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
Vom Arzt verordnete Arznei- und Verbandmittel	Ja. Hierzu zählen auch: – 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.
Leistungsgrenze	Ja. 80 % vom Rechnungsbetrag, bis zu 1.000 EUR im Jahr.
Leistungserstattung im Ausland	Ja. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in anderen Staaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes und in der Schweiz.
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 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 (STAND: 21. 12. 2012)

Tarif	KAZM
Alter	Mann/Frau
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.

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. Mobilfunkanbieter)

service@dkv.com, www.dkv.com

VF 129-4A (715)