

KombiMed Tarif UZ – wenn die Ruhe und Erholung im Mittelpunkt stehen.



Sie bevorzugen ein ruhiges Ein- oder Zweibettzimmer?

Genau für diese Situation haben wir als Alternative zu unseren Tarifen KS und KGZ den Kerntarif UZ entwickelt. Dieser bietet einen günstigen Beitrag, der schrittweise mit dem Älterwerden ansteigt.

Kann ein Krankenhaus das Ein- oder Zweibettzimmer nicht zur Verfügung stellen, erhalten Sie eine Ausgleichszahlung von 50 Euro bzw. 25 Euro pro Tag.

Nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen ist freie Arztwahl und wahlärztliche Behandlung.

Leistungsmerkmale KombiMed Krankenhaus.

| Leistungsmerkmale | KombiMed Krankenhaus Tarif UZ1 Tarif UZ2 |
|---|---|
| Versicherbarer Personenkreis | Gesetzlich Versicherte. |
| Behandlung durch den Chefarzt und andere Ärzte oder Hebammen | Nein. |
| Leistungsgrenze für Chefarztbehandlung | Für Chefarztbehandlung wird nicht geleistet. |
| Übernahme der Mehrkosten für die Unterbringung im 1-Bett- bzw. 2-Bett-Zimmer | Ja, wenn die Krankenkasse Ihre Pflichtleistung erbringt. Im Tarif UZ2 für das 2-Bett-Zimmer. Im Tarif UZ1 für das 1-Bett- oder 2-Bett- Zimmer. |
| Aufenthalt in einer Privatklinik | Ja, wenn die Krankenkasse ihre Pflichtleistung erbringt. |
| Ambulante Operationen | Nein. |
| Ersatz-Krankenhaustagegeld als Ausgleichszahlung | Ja, das Ersatzkrankenhaustagegeld wird aber nur dann gezahlt, wenn das Krankenhaus die Unterbringung im 1- oder 2-Bett-Zimmer nicht zur Verfügung stellen kann. Dann zahlen wir Ihnen pro Tag 50 Euro (UZ1) bzw. 25 Euro (UZ2). Auch Kinder. |
| Leistungsgrenze für die Übernahme der Mehrkosten für das 1- oder 2-Bettzimmer | Nein. |
| Optionsrecht | Nein. |
| Leistungserstattung im Ausland | Ja. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in anderen Staaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes und in der Schweiz. |
| Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss | Nein. Es besteht kein Leistungsanspruch für einen Versicherungsfall, der vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist. Ein solcher Fall liegt vor, wenn ein Arzt in den letzten 24 Monaten vor Vertragsabschluss die Notwendigkeit einer stationären Weiterbehandlung in Erwägung gezogen hat. |
| Leistungsfreie Zeiten (Wartezeiten) | Ja. Allgemeine Wartezeit: In den ersten drei Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Besondere Wartezeit: In den ersten acht Monaten besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Behandlungen eine Entbindung, Psychotherapie oder einen Zahnersatz betreffen. Wegfall der Wartezeit: – die allgemeine Wartezeit entfällt bei einem Unfall. |
| 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: 01. 07. 2017 FÜR TARIF UZ1 / 01. 04. 2012 FÜR TARIF UZ2)

| Tarif | Tarif UZ1 | | Tarif UZ2 | |
|-------------|-----------|-------|-----------|-------|
| | Mann/Frau | | Mann/Frau | |
| Alter | | | | |
| 0–19 Jahre | | 12,42 | | 3,22 |
| 20–29 Jahre | | 12,57 | | 4,67 |
| 30–39 Jahre | | 18,53 | | 5,05 |
| 40–49 Jahre | | 17,81 | | 5,39 |
| 50–59 Jahre | | 23,19 | | 7,85 |
| 60–69 Jahre | | 35,56 | | 15,11 |
| 70–79 Jahre | | 58,73 | | 30,90 |
| 80–89 Jahre | | 91,75 | | 51,69 |
| 90–99 Jahre | | 99,34 | | 55,99 |

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 nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

Leistungsmerkmale KombiMed Krankenhaustagegeld.

| Leistungsmerkmale | KombiMed Krankenhaustagegeld Tarif KKHT |
|---|--|
| Versicherbarer Personenkreis | Privat Vollversicherte und gesetzlich Versicherte. |
| Tagegeld | Ja. Das Tagesgeld wird gezahlt für jeden Tag, auch für den Aufnahme- und Entlassungstag, – eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes. Ab dem 92. Tag der ununterbrochenen Behandlung im Krankenhaus gibt es eine Beitragsbefreiung. – einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme. – einer vollstationären Vorsorgemaßnahme für die Dauer von 28 Tagen. Ein erneuter Leistungsanspruch besteht 36 Monate ab Beginn der letzten Vorsorgemaßnahme. Bei Kindern bis 14 Jahre verdoppelt sich das Tagesgeld, wenn ein Elternteil oder eine andere Bezugsperson gemeinsam mit dem Kind im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird. Voraussetzung ist eine vollstationäre Behandlung. Das doppelte Tagesgeld wird für die Dauer des gemeinsamen Aufenthaltes gezahlt. |
| Leistungsgrenze | Ja. Das Krankenhaustagegeld kann bis zu 65 EUR pro Tag vereinbart werden. Für Kinder bis 14 Jahre kann ein Tagesgeld bis zu 30 EUR vereinbart werden. |
| Leistungserstattung im Ausland | Ja. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für 6 Monate bestehen. |
| 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 Behandlung eine Entbindung, Psychotherapie oder den Zahnersatz betrifft. Wegfall der Wartezeit: – die allgemeine Wartezeit entfällt bei einem Unfall. |
| Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss. | Nein. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir nicht. Davon ist auszugehen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung, 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. 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. Das 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: 01.10.2013) TAGEGELD JE 5 EUR

| Tarif | Tarif KKHT |
|-------------|------------|
| Alter | Mann/Frau |
| 0-14 Jahre | 1,17 |
| 15-19 Jahre | 1,09 |
| 20-29 Jahre | 0,93 |
| 30-39 Jahre | 1,12 |
| 40-49 Jahre | 1,28 |
| 50-59 Jahre | 2,33 |
| 60-69 Jahre | 4,05 |
| 70-79 Jahre | 6,95 |
| 80-89 Jahre | 10,18 |
| 90-99 Jahre | 10,77 |

Sobald eine versicherte Person das 14., 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.