

Leistungsmerkmale KombiMed Zahn. 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. Die Prozentangaben beziehen sich auf die nach den AVB erstattungsfähigen Aufwendungen (nicht auf den Rechnungsbetrag).

Leistungsmerkmale	KombiMed Zahn Tarif KDT50	KombiMed Zahn Tarif KDT85
Zahnersatz Einlagefüllungen (Inlays), Kunststofffüllungen in Dentin-Adhäsivtechnik, Zahnkronen und Zahnersatz (einschließlich Implantate)	Ja.	Ja.
Leistungsgrenze	Ja. 50 % abzüglich des Erstattungsbetrages der Krankenkasse. Wichtig: Die Erstattung erhöht sich auf 55 %, wenn die Behandlung bei einem kooperierenden Zahnarzt erfolgt. 100 % abzüglich des Erstattungsbetrages der Krankenkasse bei reiner Regelversorgung.	Ja. 85 % abzüglich des Erstattungsbetrages der Krankenkasse. Wichtig: die Erstattung erhöht sich auf 90 %, wenn die Behandlung bei einem kooperierenden Zahnarzt erfolgt. 100 % abzüglich des Erstattungsbetrages der Krankenkasse bei reiner Regelversorgung.
Leistungshöhe in den ersten drei Jahren (die sogenannte Zahnstaffel). Bitte beachten: Es gilt das Versicherungsjahr.	Ja. – im 1. Jahr bis zu 250 EUR. – im 1. und 2. Jahr bis zu 500 EUR. – im 1. bis zum 3. Jahr bis zu 750 EUR. Die Begrenzung entfällt ab dem 4. Jahr und immer bei einem Unfall.	Ja. – im 1. Jahr bis zu 500 EUR. – im 1. und 2. Jahr bis zu 1.000 EUR. – im 1. bis zum 3. Jahr bis zu 1.500 EUR. Die Begrenzung entfällt ab dem 4. Jahr und immer bei einem Unfall.
Parodontologische Leistungen und Wurzelbehandlungen	Nein.	
Kieferorthopädie	Nein.	
Professionelle Zahnreinigung	Nein.	
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. Wartezeit: In den ersten acht Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Wegfall der Wartezeit: – bei einem Unfall. – mit einer zahnärztlichen 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.	
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann der Vertrag gegebenenfalls nicht zustande kommen oder ein Zuschlag vereinbart werden. Fehlende Zähne sind mit einem Beitragszuschlag mitversichert, wenn die Behandlung vor Vertragsabschluss weder begonnen hat noch von einem Zahnarzt angeraten worden ist. Pro fehlendem Zahn beträgt der Zuschlag 2 EUR. Fehlen mehr als drei Zähne, ist ein Vertragsabschluss nicht möglich.	Ja. Je nach Ergebnis kann der Vertrag gegebenenfalls nicht zustande kommen oder ein Zuschlag vereinbart werden. Fehlende Zähne sind mit einem Beitragszuschlag mitversichert, wenn die Behandlung vor Vertragsabschluss weder begonnen hat noch von einem Zahnarzt angeraten worden ist. Pro fehlendem Zahn beträgt der Zuschlag 4 EUR. Fehlen mehr als drei Zähne, ist ein Vertragsabschluss nicht möglich.
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Sobald eine versicherte Person das 9., 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Siehe Rückseite.	
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.	

Leistungsmerkmale KombiMed Zahn.

Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte.

(EINZELVERSICHERUNG)

Leistungsmerkmale	KombiMed Zahn Tarif KDBE
Zahnersatz	Nein.
Kieferorthopädie	Ja.
Leistungsgrenze Kieferorthopädie	Ja. 1.500 EUR je Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen hat.
Parodontologische Leistungen und Wurzelbehandlungen	Ja, wenn die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen übernimmt.
Leistungsgrenze Parodontologische Leistungen und Wurzelbehandlungen	Nein.
Professionelle Zahnreinigung	Ja.
Leistungsgrenze Professionelle Zahnreinigung	Ja. Zwei Zahnreinigungen pro Jahr, bis zu 75 EUR pro Behandlung. Wichtig: Bei einem kooperierenden Zahnarzt erhöht sich die Erstattung auf 100 EUR pro Behandlung.
Leistungshöhe in den ersten drei Jahren (die sogenannte Zahnstaffel)	Nein.
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. Hinweis: Für die professionelle Zahnreinigung besteht keine Wartezeit. Wartezeit: In den ersten acht Monaten besteht kein Leistungsanspruch. Wegfall der Wartezeit: – bei einem Unfall. – mit einer zahnärztlichen 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.
Prüfung des Gesundheitszustandes bei Vertragsabschluss	Ja. Je nach Ergebnis kann der Vertrag gegebenenfalls nicht zustande kommen.
Planmäßige Erhöhung der Beiträge zu festen Terminen	Ja. Sobald eine versicherte Person das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren 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.

MONATLICHE BEITRÄGE IN EUR

Tarif	KDT50		KDT85		KDBE	
	Mann/Frau		Mann/Frau		Mann/Frau	
Alter						
0– 9 Jahre	0,59		1,47		9,86	
10–19 Jahre	0,59		1,47		9,86	
20–29 Jahre	1,85		4,61		8,47	
30–39 Jahre	4,60		11,48		8,47	
40–49 Jahre	7,29		18,20		8,47	
50–59 Jahre	10,07		25,16		8,47	
60–69 Jahre	10,86		27,11		8,47	
70–79 Jahre	10,86		27,11		8,47	
80–89 Jahre	10,86		27,11		8,47	
90–99 Jahre	10,86		27,11		8,47	

Tarif KDT50/KDT85: Für die versicherte Person, die das 9., 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. 89. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Tarif KDBE: Sobald eine versicherte Person das 19. 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. Mobilfunkanbieters)

service@dkv.com, www.dkv.com

VF 114-4A (10.12)