

Klartext – häufige Fragen zum KombiMed Tarif UZ 1/2

Frage	Antwort
1. Wer kann nach KombiMed Tarif UZ 1/2 versichert werden?	Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
2. Welche Personen können Bedarf für KombiMed Tarif UZ 1/2 haben?	Kunden, die für eine stationäre Behandlung nur die gesonderten Unterbringungskosten, nicht aber eine privatärztliche Leistung absichern möchten.
3. Welcher Leistungsanspruch besteht nach KombiMed Tarif UZ 1?	100 % des Zuschlags für gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder 2-Bett-Zimmer.
4. Welcher Leistungsanspruch besteht nach KombiMed Tarif UZ 2?	100 % des Zuschlags für gesondert berechenbare Unterbringung im 2-Bett-Zimmer.
5. Welcher Unterbringungszuschlag ist erstattungsfähig, wenn es in einem Krankenhaus mehrere Kategorien von Ein- bzw. Zweibettzimmern gibt?	Nach dem Krankenhausentgeltgesetz müssen die gesondert berechenbaren Unterbringungszuschläge 1-Bett-Zimmer und 2-Bett-Zimmer angemessen sein. Alle angemessenen Unterbringungszuschläge sind – auch bei mehreren Kategorien in einem Krankenhaus – erstattungsfähig.
6. Sind privatärztliche Leistungen (Chefarzt, Hebammen) nach KombiMed Tarif UZ 1/2 abgesichert?	Nein. Nach KombiMed Tarif UZ ist die gesonderte Unterbringung abgesichert; nicht abgesichert sind privatärztliche oder sonstige Leistungen.
7. Welcher Leistungsanspruch besteht, wenn eine versicherte Person, die nach KombiMed Tarif UZ 2 versichert ist, bei einem stationären Aufenthalt das 1-Bett-Zimmer wählt?	100 % des Zuschlags für gesondert berechenbare Unterbringung im 2-Bett-Zimmer.

Frage	Antwort
8. Welcher Leistungsanspruch besteht für eine versicherte Person, die nach KombiMed Tarif UZ 2 versichert ist, bei einem stationären Aufenthalt das 1-Bett-Zimmer deshalb wählt, weil das 2-Bett-Zimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählt?	50% des Zuschlags für gesondert berechenbare Unterbringung im in Anspruch genommenen 1-Bett-Zimmer.
9. Sieht der Tarif Wartezeiten vor?	Ja. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Für Entbindung, Psychotherapie und Zahnersatz beträgt die Wartezeit acht Monate.
10. Können die Wartezeiten erlassen werden?	Nein.
11. Entfallen die Wartezeiten bei Unfall?	Bei Unfall entfällt die allgemeine Wartezeit.
12. Sind bei einem Tarifwechsel in KombiMed Tarif UZ 1/2 die Wartezeiten zu durchlaufen?	Bei Wechsel in KombiMed Tarif UZ 1 bzw. UZ 2 gelten die Wartezeiten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
13. Welche Gesundheitsfragen werden bei Antragsaufnahme des KombiMed Tarifs UZ 1/2 gestellt?	Keine.
14. Kann der KombiMed Tarif UZ 1 bzw. UZ 2 auch „solo“ abgeschlossen werden?	Ja.
15. Kann der KombiMed Tarif UZ 1 bzw. UZ 2 auch von Grenzgängern abgeschlossen werden?	Nein.
16. Gibt es eine Leistungserstattung bei vorübergehenden Aufenthalten auch in Staaten der EU bzw. des EWR sowie in der Schweiz?	Ja, bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten der EU bzw. des EWR sowie in der Schweiz. Die Erstattung ist begrenzt auf den Betrag, der bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen wäre.
17. Gibt es eine Leistungserstattung auch bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR sowie der Schweiz?	Nein. Bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR sowie außerhalb der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.
18. Wie wirkt sich der Wegzug in andere Staaten der EU bzw. des EWR auf den bestehenden Versicherungsschutz aus?	Es besteht auch bei Wegzug in Staaten der EU bzw. des EWR Versicherungsschutz. Das bedeutet bei Wegzug in die Schweiz besteht kein Versicherungsschutz. Die Erstattung ist begrenzt auf den Betrag, der bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen wäre.

Frage	Antwort
19. Wie wirkt sich der Wegzug in andere Staaten außerhalb der EU bzw. des EWR auf den bestehenden Versicherungsschutz aus?	Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR, endet ihre Versicherung. Das gilt auch bei Wegzug in die Schweiz.
20. Was bedeutet medizinisch notwendig?	Eine Behandlungsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn sie nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlich allgemein anerkannten Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung zur Diagnose, Heilung und Therapie der Erkrankung des Patienten geeignet und erforderlich ist.
21. Gilt bei einer Kündigung das 1. Versicherungsjahr, wenn es ein sogenanntes Rumpfsjahr (unterjähriger Versicherungsbeginn) ist, als volles Versicherungsjahr?	Ja, das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres.
22. Besteht Versicherungsschutz bei stationären Aufenthalten wegen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen?	Nein.
23. Wann besteht Anspruch auf das Ersatzkrankenhaustagegeld (Ersatz-KHT)?	Wenn das Krankenhaus im Versicherungsfall keine gesondert berechenbare Unterbringung zur Verfügung stellen kann.
24. Für welchen Zeitraum wird das Ersatz-KHT gezahlt?	Das Ersatz-KHT wird für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes gezahlt, inkl. Aufnahme- und Entlassungstag.
25. Was muss der Kunde beibringen, um den Anspruch auf das Ersatz-KHT geltend zu machen?	Die DKV benötigt eine Bescheinigung des Krankenhauses (Entlassungsanzeige) mit Angaben über den Namen der behandelten Person und die Aufenthaltsdauer. Wir benötigen auch die Diagnose und eine Bestätigung der Klinik, dass man ihm keine gesondert berechenbare Unterkunft zur Verfügung stellen konnte.
26. In welcher Höhe wird das Ersatz-KHT aus KombiMed Tarif UZ 1 gezahlt?	Kann das Krankenhaus im Versicherungsfall keine gesondert berechenbare Unterbringung zur Verfügung stellen, zahlt die DKV 50 Euro für jeden Tag des stationären Krankenhausaufenthaltes, auch für den Aufnahme- und den Entlassungstag.
27. Wird nach KombiMed Tarif UZ 1 auch ein Ersatz-KHT gezahlt, wenn der Kunde die gesondert berechenbare Unterbringung im 2-Bett-Zimmer wählt?	Nein.
28. In welcher Höhe wird das Ersatz-KHT aus KombiMed Tarif UZ 2 gezahlt?	Kann das Krankenhaus im Versicherungsfall keine gesondert berechenbare Unterbringung zur Verfügung stellen, zahlt die DKV 25 Euro für jeden Tag des stationären Krankenhausaufenthaltes, auch für den Aufnahme- und den Entlassungstag.
29. Sind die Leistungen steuerfrei?	Die Ersatz-Krankenhaustagegeldzahlungen sind steuerfrei und unterliegen auch nicht dem Progressionsvorbehalt.
30. Wie werden die Beiträge berechnet?	Zu Beginn der Versicherung zahlt die versicherte Person den Beitrag, der dem Eintrittsalter entspricht (Beginnjahr minus Geburtsjahr = Eintrittsalter).

Frage	Antwort
31. Kann sich der Beitrag während der Vertragsdauer ändern?	Der KombiMed Tarif UZ 1/2 ist nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Um allen Kunden alters- und damit risikogerechte Prämien anbieten zu können, steigt der Beitrag ab dem 19. Lebensjahr alle 10 Jahre. Jeweils nach Vollendung des 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79. bzw. des 89. Lebensjahres wird daher zu Beginn des neuen Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe fällig.
32. Kann sich der Beitrag auch aufgrund einer „normalen“ Beitragsanpassung ändern?	Ja, ist möglich. Die Notwendigkeit einer Anpassung wird jedes Jahr überprüft und kann zu einer Erhöhung oder Verminderung der Versicherungsbeiträge führen.
33. Was ist versichert?	Versicherungsschutz besteht bei stationärem Krankenhausaufenthalt. Abgesichert ist dabei die gesondert berechenbare Unterbringung. Voraussetzung ist die Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (Versicherungsfall).
34. Wann beginnt und endet der Versicherungsfall?	Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Heilbehandlung mehr erforderlich ist.
35. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?	Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Er beginnt auch nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.
36. Was ist ein laufender Versicherungsfall?	Führen gesundheitliche Einschränkungen zu einer Heilbehandlung, handelt es sich bis zum Ende der Behandlungsbedürftigkeit um einen sogenannten laufenden Versicherungsfall.
37. Besteht Versicherungsschutz für laufende Versicherungsfälle?	Aus dem KombiMed Tarif UZ 1 bzw. UZ 2 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.
38. Dürfen Krankenhäuser gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer ohne eine Wahlleistungsvereinbarung für die behandelnden Ärzte anbieten?	Ja. Nach § 17 Krankenhausentgeltgesetz darf eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterbringung nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden.
39. Besteht ein Leistungsanspruch aus KombiMed Tarif UZ 1/2, wenn die versicherte Person eine Privatklinik aufsucht?	Ein Leistungsanspruch besteht unter der Voraussetzung, dass die gesetzliche Krankenkasse ihre Pflichtleistung erbringt.