

Wichtige Hinweise zum Tarif(stufen)wechsel

aus dem C-Programm für Beihilfeberechtigte in den Tarif BTB

(Unbedingt vor Vertragsänderung vom Versicherungsnehmer unterzeichnen lassen!)

Name des Versicherungsnehmers: _____

Versicherungsnummer: _____

Ich bestätige:

- Mein Versicherer hat mich auf die Leistungsunterschiede zwischen dem bisherigen und dem neuen Tarif bzw. der bisherigen und der neuen Tarifstufe hingewiesen.
- Mir ist bekannt, dass ich durch den Tarif(stufen)wechsel u.U. niedrigere Leistungen als bisher versichere und **ein späterer Wechsel in Tarife mit besseren Leistungen nur noch mit einer Risikoprüfung** auf Grundlage der dann bestehenden Gesundheitsverhältnisse (einschließlich der bis dann hinzugekommenen Erkrankungen und Beschwerden) erfolgen kann. Dies kann zu Risikozuschlägen und/oder Leistungsausschlüssen führen.
- Über sonstige vertragliche Möglichkeiten zur Beitragsreduzierung innerhalb des bisherigen Tarifprogramms wurde ich ausführlich beraten und möchte diese nicht wahrnehmen.

	C-Programm für Beihilfeberechtigte	BTB
Allgemeines		
Mögliche Leistungsstufen	CA/CZ: 120, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50 CSR/CG: 15, 120, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50 BE: 50, 70, 80 (keine Absicherung in Hessen/Bremen möglich)	120, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 60, 70
jährlicher Selbstbehalt	kein Selbstbehalt	BTB 0 (alle Stufen) = kein Selbstbehalt BTB 120 1 = 60 € BTB 10 1 = 30 € BTB 15 1 = 45 € BTB 20 1 = 60 € BTB 25 1 = 75 € BTB 30 1 = 90 € BTB 35 1 = 105 € BTB 40 1 = 120 € BTB 45 1 = 135 € BTB 50 1 = 150 € BTB 60 1 = 180 € BTB 70 1 = 210 € Selbstbehalt gilt für alle Leistungsbereiche: ambulant, Zahn, stationär.

Hallesche Krankenversicherung

	C-Programm für Beihilfeberechtigte	BTB
Allgemeines		
Erstattungssatz	Die genannten Erstattungsprozentsätze beziehen sich auf die nach der jeweils versicherten Prozentstufe erstattungsfähigen Aufwendungen.	Die genannten Erstattungsprozentsätze beziehen sich auf die nach der jeweils versicherten Prozentstufe erstattungsfähigen Aufwendungen.
Begrenzung auf GOÄ/GOZ	CA, CZ, CG: Erstattung des jeweils angemessenen Honorars nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) - soweit sachlich und rechtlich begründet, auch über deren Höchstsätze hinaus. CSR: Erstattung des jeweils angemessenen Honorars nach der GOÄ bis zu deren Höchstsätzen. BE: Nur im stationären Bereich Erstattung der gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen, welche die GOÄ übersteigen.	ambulant, stationär: Gemäß den Tarifregelungen zum Basis-tarif (Tarif BT) unter Abschnitt A Ziffer 1 Absatz 3 können die Gebührensätze abweichend geregelt werden, aktuell sind diese Sätze vereinbart: 0,9facher Satz GOÄ - Abschnitt M 1,0facher Satz GOÄ - Abschnitt A, E, O 1,2facher Satz GOÄ für die übrigen Leistungen Zahn: siehe ambulant sowie 2,0fach GOZ
Geltungsbereich	Weltweiter Versicherungsschutz bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland. Weiterversicherungsmöglichkeiten bei einem Wegzug ins Ausland.	Eingeschränkte Leistungen in der Europäischen Union (EU), der Schweiz und im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).
Ambulant		
Ambulante Heilbehandlung	CA: 100% BE: --	100% • bei Vertragsärzten • eingeschränkte Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen im Krankenhaus
Psychotherapie	CA: 100% ohne tariflich festgelegte Begrenzung nach Sitzungen im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit und ohne Genehmigungsklausel bei ärztlicher Behandlung. BE: --	100% im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit nach vorheriger schriftlicher Zusage bei ärztlicher Behandlung (max. 1,2fach GOP).
Heilpraktikerbehandlung	CA: 100% bis zum jeweiligen Höchstbetrag des GebüH (Stand 1985) für alle im GebüH ausdrücklich genannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. BE: 100% bis zum jeweiligen Höchstbetrag des GebüH (Stand 1985) für alle im GebüH ausdrücklich genannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bis max. 1.000 € Rechnungsbetrag/ Jahr.	keine Leistung

Hallesche Krankenversicherung

	C-Programm für Beihilfeberechtigte	BTB
Ambulant		
Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel	CA: 100%, Heilmittel nach tariflichem Preis-/ Leistungsverzeichnis BE: --	Arznei- und Verbandmittel: 100% (ab 18 Jahren Zuzahlung 6 € je Mittel) für rezeptpflichtige Arzneimittel (nicht rezeptpflichtige Arzneimittel nur in Ausnahmefällen). Keine Leistung bei geringfügigen Gesundheitsstörungen. Erstattung meist durch Festbeträge begrenzt. Erstattet wird i.d.R. die Höhe des preisgünstigsten Nachahmermedikaments derselben Wirkstoffgruppe. Heilmittel: 100% für die im Heilmittelverzeichnis des Basistarifs aufgeführten Leistungen; ab 18 Jahren Zuzahlung von 2 € je Mittel und 10 € pro Verordnung. Begrenzung der Verordnungsmenge auf den „Regelfall“; Mengenbeschränkungen z.B. für Massagen.
Hilfsmittel	CA: 100% Erstattung der tatsächlichen Kosten; kein eng begrenzter Hilfsmittelkatalog. BE: --	100% der erstattungsfähigen Aufwendungen für die im Hilfsmittelverzeichnis der GKV aufgelisteten Leistungen. Ab 18 Jahren Zuzahlung 8 € je Mittel bzw. bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln 10 € für den gesamten Monatsbedarf des jeweiligen Hilfsmittels. Vor dem Bezug ist die Genehmigung des Versicherers einzuholen.
Sehhilfen	CA: Brillengläser und Kontaktlinsen: 100% Brillengestelle: max. Höhe ist zu erfragen. BE: Der nach Abzug beihilfefähiger Aufwendungen verbleibende Betrag, max. 100 €.	bis zu den Festbeträgen der gesetzlichen Krankenkassen mit den dort vorgegebenen medizinischen Indikationen.
Refraktive Chirurgie	CA: 100% BE: --	keine Leistung
Ambulante Vorsorgeuntersuchung	CA: 100% für ambulante Vorsorgeuntersuchungen (zur Früherkennung von Krankheiten, auch außerhalb der gesetzlich eingeführten Programme und unabhängig vom Alter). BE: --	100% nach gesetzlich eingeführten Programmen.
Soziotherapie	CA: 100% für max. 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall BE: --	100% für max. 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall (ab 18 Jahren Zuzahlung 8 € je Behandlungstag)

Hallesche Krankenversicherung

	C-Programm für Beihilfeberechtigte	BTB
Ambulant		
Künstliche Befruchtung	CA: 100% BE: --	50%
Häusliche Krankenpflege	CA: 100% bis zu den allgemein ortsüblichen Sätzen BE: --	100% bis zu der Höhe, die die GKV aufbringen würde; max. 4 Wochen je Versicherungsfall, bei ambulanter Palliativversorgung auch darüber hinaus; ab 18 Jahren Zuzahlung 8 €/Tag für max. 28 Tage und 10 € pro Verordnung
Stationär		
Stationäre Heilbehandlung	CSR: Mehrbettzimmer. CG 1: Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt CG 2: Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt" CSD: Differenz zwischen Ein- und Zweibettzimmer BE: Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen soweit sie die Höchstsätze der GOÄ übersteigen.	Mehrbettzimmer Selbstbehalt ab 18 Jahren: 10 €/Tag für max. 28 Tage/Jahr
Privatkliniken	keine Begrenzung bei Aufenthalt in Privatkliniken	bis zu der Höhe, die die GKV erbringen würde
Stationäre Vorsorge	ja, wenn die medizinische Notwendigkeit gegeben ist.	ja, wenn die medizinische Notwendigkeit gegeben ist, nach vorheriger schriftlicher Zusage.
Hospiz	nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z.B. aus der Pflegepflichtversicherung, bis zu der Höhe, die die GKV erbringen würde	bis zu der Höhe, die die GKV erbringen würde
Zahn		
Zahnersatz	CZ: 100% BE: Abgestimmt auf die jeweilige Beihilfeverordnung sind in BEa 60%, BEb 40% und BEc 30% erstattungsfähig.	50% - 65% (bei regelmäßiger, nachweislicher Zahnpflege)
Kieferorthopädie	CZ: 100% BE: --	80% (bei einem Kind) bzw. 90% (bei zwei oder mehr Kindern); für Personen unter 18 Jahren; in seltenen Fällen auch für Erwachsene
Höchstsätze für Zahnleistungen	CZ: in den ersten 10 Kalenderjahren BE: in den ersten 5 Kalenderjahren; ab 6. Kalenderjahr jährliche maximale Höchstbegrenzung (5.000 €).	nein

Hallesche Krankenversicherung

	C-Programm für Beihilfeberechtigte	BTB
Zahn		
Heil- und Kostenplan	Vorlage bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag für Zahnersatz ab 2.500 €, bei Implantaten immer Vorlage erforderlich; bei Nichtvorlage hälftige Erstattung des übersteigenden Teils.	bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist die Vorlage immer Leistungsvoraussetzung
Preis-Leistungs-Verzeichnis für zahntechnische Material- und Laborarbeiten	CZ: kein Verzeichnis BE: Verzeichnis über GKV-Niveau	Verzeichnis auf GKV-Niveau
Kur und Sanatorium		
Kur- und Sanatoriumsbehandlung	CA: ohne zeitliche Begrenzung und ohne vorherige Zustimmung; Erstattung der Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Kuranwendungen mit den tariflichen Sätzen. BE: --	keine Leistung
Unterkunft/ Verpflegung Sanatorium	CSR: für Personen ab 21 Jahre 12 € für max. 28 Tage/Jahr, alle 3 Jahre BE: Kurtagegeld bei stationärer Kur aus 50 € entsprechend der versicherten Prozentstufe für max. 28 Tage/Jahr, alle 3 Jahre	keine Leistung
Transporte		
Fahrten/Transporte zur ambulanten Heilbehandlung	CA: Fahrten zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt bei Gehunfähigkeit, Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie. BE: --	nach vorheriger schriftlicher Zusage (Selbstbeteiligung 10 €/Fahrt)
Unfall-/ Notfalltransporte	CA: Unfall-/ Notfalltransporte bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt. BE: --	Unfall-/ Notfalltransporte bis zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus (Selbstbeteiligung pro Fahrt 10 €).
Krankentransport bei stationärer Heilbehandlung	CSR: Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. BE: --	Hintransport zum nächstgelegenen Krankenhaus sowie Verlegung nach vorheriger schriftlicher Zusage (Selbstbeteiligung pro Fahrt 10 €).
Mehrkosten für medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland	100% aus Tarif URZ oder CRHD; auch Bestattung im Ausland oder Überführung in die Bundesrepublik Deutschland.	keine Leistung

Bitte beachten Sie, dass sich der Umfang der einzelnen Leistungen aus den Versicherungsbedingungen ergibt.

Hallesche Krankenversicherung

Achtung:

Im Basistarif gibt es zusätzliche Besonderheiten, die Sie unbedingt berücksichtigen müssen:

Zu den Wechselmöglichkeiten aus dem Basistarif in andere PKV-Tarife

Bei einem späteren Tarifwechsel kann der Versicherer für sämtliche Mehrleistungen eine Gesundheitsprüfung vornehmen, wenn der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif umfassender ist als im Basistarif. Dies kann zu weiteren Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen führen. Außerdem leben die bei Vertragsschluss vereinbarten Risikozuschläge, die für die Zeit der Versicherung im Basistarif nicht erhoben worden sind, bei einem Tarifwechsel in voller Höhe auf.

Der Beitrag kann auf Grund von Hilfebedürftigkeit reduziert werden. Dies gilt aber nur, solange eine Hilfebedürftigkeit besteht und nachgewiesen wird. Endet die Hilfebedürftigkeit, müssen Sie wieder den vollen Beitrag bezahlen.

Der Basistarif bildet die Leistung der GKV ab. Verschlechtert sich die Leistung in der GKV, verschlechtert sich auch der Leistungsanspruch aus dem Basistarif. Die GKV-ähnliche Vergütung erschwert zuweilen die Terminsprache mit Leistungserbringern.

Informieren Sie unbedingt vor Behandlungsbeginn die jeweiligen Leistungserbringer, dass Sie im Basistarif versichert sind. Nur so können Sie sicherstellen, dass Ihnen nicht zusätzliche Kosten entstehen.

Rückwechsel in den Ursprungstarif nach § 204 Absatz 2 VVG n. F.

Nach § 204 Absatz 2 VVG ist ein Rückwechsel in den Ursprungstarif möglich, wenn die Hilfebedürftigkeit nachweislich innerhalb von 2 Jahren nach dem Tarifwechsel in den Basistarif endet und Sie spätestens 3 Monate nach dem Ende der Hilfebedürftigkeit schriftlich die Umstellung in Ihren Ursprungstarif beantragen.

Beachten Sie bitte: Wurden bereits im Ursprungstarif Risikograde oder Leistungsausschlüsse vereinbart, bestehen diese bei einem Rückwechsel fort. Der Beitrag nach der Rückumstellung in den Ursprungstarif kann höher sein als vor dem Tarifwechsel. Erfolgt während der Umstellung in den Basistarif Beitragsanpassungen, werden diese bei Rückumstellung nachgeholt. Gleiches gilt für Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die Rückumstellung erfolgt zum übernächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Willenserklärung.

Kein Anspruch auf Beitragsrückerstattung im neuen Tarif

Sie waren bisher in einem Tarif versichert, der eine Beitragsrückerstattung unter bestimmten Voraussetzungen vorsieht.

Der Tarif BTB bietet diese Möglichkeit nicht. Mit dem Tarifwechsel in den Tarif BTB verlieren Sie daher einen möglichen Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung.

Selbstbehaltsberechnung bei unterjährigem Tarif(stufen)wechsel

Findet ein Tarif(stufen)wechsel, mit dem eine Änderung des bisherigen Selbstbehaltes einhergeht, nicht zum 1. Januar eines Jahres, sondern „unterjährig“ statt, so gilt nach den Vertragsabreden Folgendes:

In Ihrem bisherigen Tarif / Ihrer bisherigen Tarifstufe ist der dort vorgesehene Jahresselbstbehalt trotz vorzeitiger Beendigung dieses Tarifs / dieser Tarifstufe vollständig zu erfüllen - eine anteilige Begrenzung des Selbstbehalts erfolgt nicht. Der in Ihrem neuen Tarif / Ihrer neuen Tarifstufe vorgesehene Jahresselbstbehalt wird dagegen entsprechend der im laufenden Kalenderjahr verbleibenden Monate begrenzt („Zwölfteilerregelung“).

Hiervon weichen wir allerdings zugunsten unserer Kunden in der Praxis ab. Der Selbstbehalt gilt bereits dann als erfüllt, wenn die Summe der einbehaltenen Beträge den höchsten während des Kalenderjahres zu beachtenden Selbstbehalt erreicht. D.h., der jeweils höchste tariflich vorgesehene Jahresselbstbehalt bildet die Obergrenze für den kalenderjährlich zu erfüllenden Selbstbehalt.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer