

Wichtige Hinweise zum Tarifwechsel

aus dem C-Programm (Bisex) in das Tarifprogramm C.Select (Unisex)

(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.
- Vergrößert sich durch den Tarif(stufen)wechsel der Leistungsumfang, löst dies **eine neue Risikoprüfung aus, die zu Risikozuschlägen und/oder Leistungsausschlüssen führen kann**. Gleiches gilt, wenn sich der vereinbarte Selbstbehalt durch den gewünschten Wechsel vermindert.
- 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 oder einem niedrigeren Selbstbehalt 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.
- Ein vertraglich bereits vereinbarter Risikograd wird auch im Zieltarif / in der Zieltarifstufe berücksichtigt. Durch die Risikoprüfung kann sich dieser ggf. noch erhöhen, wodurch sich auch der Risikozuschlag erhöht.
- Ich wurde darüber informiert, dass ggf. bestehende Beitragsunterschiede zwischen Bisex- und Unisex-Tarifen nicht dauerhaft garantiert werden können und sich daher künftig auch umkehren können.
- Mir ist bekannt, dass ein Wechsel aus einem Unisex-Tarif in einen Bisex-Tarif aus rechtlichen Gründen nicht möglich ist. Das bedeutet auch, dass ein Wechsel in den Standardtarif zukünftig nicht mehr möglich ist. Für die künftige Vertragsgestaltung stehen mir nach einem Wechsel ausschließlich Unisex-Tarife zur Verfügung.
- Über sonstige vertragliche Möglichkeiten zur Beitragsreduzierung innerhalb des bisherigen Tarifprogramms wurde ich ausführlich beraten und möchte diese nicht wahrnehmen.

Hallesche Krankenversicherung

	C-Programm	C.Select unisex
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)	CAZ: 120, 10, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50 CSR: 10, 15, 120, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50 CG: 2, 320, 215, 220, 225, 230, 235, 240, 245, 250 CSD. BE: 50, 70, 80, 90 (keine Absicherung in Hessen/Bremen möglich)
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.	CAZ, 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.
Familien- und Haushaltshilfe	keine Leistung	CAZ: 100% der Kosten bis zu 150 € pro Tag
Ambulant		
Ambulante Heilbehandlung	CA: 100% BE: --	CAZ: 100%, Aufwendungen für eine notwendige Unterkunft bei auswärtigen Behandlungen, soweit diese nicht in einem Umkreis von 30 km um den Wohnort möglich sind bis max. 30 €/Tag entsprechend der versicherten Prozentstufe, ist eine Begleitperson erforderlich, sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zu 30 € erstattungsfähig BE: --

Hallesche Krankenversicherung

	C-Programm	C.Select unisex
Ambulant		
Psychotherapie	CA: 100% ohne tariflich festgelegte Begrenzung nach Sitzungen im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit und ohne Genehmigungsklausel bei ärztlicher Behandlung. BE: --	CAZ: 100% ohne tariflich festgelegte Begrenzung nach Sitzungen und ohne Genehmigungsklausel im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit. Aufwendungen für eine notwendige Unterkunft bei auswärtigen Behandlungen, soweit diese nicht in einem Umkreis von 30 km um den Wohnort möglich sind bis max. 30 €/Tag entsprechend der versicherten Prozentstufe ist eine Begleitperson erforderlich, sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zu 30 € erstattungsfähig BE: --
Hilfsmittel	CA: 100% Erstattung der tatsächlichen Kosten; kein eng begrenzter Hilfsmittelkatalog. BE: --	CAZ: 100% Erstattung der tatsächlichen Kosten. BE: --
Sehhilfen	CA: Brillengläser und Kontaktlinsen: 100%, Brillengestelle: max. Höhe ist zu erfragen. BE: Der nach Abzug beihilfefähiger Aufwendungen verbleibende Betrag, max. 125 €.	CAZ: Brillengläser und Kontaktlinsen: 100%, Brillengestelle: bis zu 180 €. BE: Der nach Abzug beihilfefähiger Aufwendungen verbleibende Betrag, max. 125 €.
Künstliche Befruchtung	CA: 100% BE: --	CAZ: tarifliche Leistung BE: --
Kryokonservierung	keine Leistung	CAZ: 100% für eine einmalige Konservierung nach vorheriger schriftlicher Zusage, wenn der Versicherte eine med. notwendige voraussichtlich keimzellschädigende Therapie erhält und Leistungen für künstliche Befruchtung beanspruchen könnte. BE: --
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.	CSR: Mehrbettzimmer. 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.

Hallesche Krankenversicherung

	C-Programm	C.Select unisex
Stationär		
Ersatzkrankenhaus- tagegeld	CG 1: 15,60 € bei Verzicht auf Einbettzimmer 26 € bei Verzicht auf Zweibettzimmer 13 € bei Verzicht auf Privatarztbehand- lung CG 2: 10,40 € bei Verzicht auf Zweibettzim- mer 13 € bei Verzicht auf Privatarztbehand- lung CSD: 15,60 € bei Verzicht auf Einbettzimmer Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche Ersatz-KHT.	CG.2: 10,40 € bei Verzicht auf Zweibettzim- mer 13 € bei Verzicht auf Privatarztbehand- lung CSD.: 15,60 € bei Verzicht auf Einbettzimmer Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche Ersatz-KHT.
Privatkliniken	keine Begrenzung bei Aufenthalt in Privatkliniken	In Privatkliniken sind die allgemeinen Krankenhausleistungen auf die doppelte Höhe der Abrechnung von öffentlichen Krankenhäusern begrenzt. Die Abrechnung von Wahlleistungen ist nicht begrenzt.
Zahn		
Höchsätze für Zahnleistungen	CZ: in den ersten 10 Kalenderjahren BE: in den ersten 5 Kalenderjahren; ab 6. Kalenderjahr jährliche maximale Höchstbegrenzung (5.000 €).	CAZ: in den ersten 4 Kalenderjahren (Vorversicherungszeit wird angerech- net) BE: in den ersten 5 Kalenderjahren (Vorversicherungszeit wird angerech- net); ab 6. Kalenderjahr jährliche maxi- male Höchstbegrenzung (5.000 €).
Kur und Sanatorium		
Kur- und Sanatoriumsbehandlung	CA: ohne zeitliche Begrenzung und ohne vorherige Zustimmung; Erstattung der Aufwendungen für ärztliche Leis- tungen und Kuranwendungen mit den tariflichen Sätzen. BE: --	CAZ: ohne zeitliche Begrenzung und ohne vorherige Zustimmung; Erstattung der Aufwendungen für ärztliche Leis- tungen und Kuranwendungen mit den tariflichen Sätzen. 100% für Kurplan und Kurtaxe. BE: --
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 Pro- zentstufe für max. 28 Tage/ Jahr, alle 3 Jahre	CAZ: amb. Kur/Reha (wenn am Woh- nort nicht möglich): aus 30 € entspre- chend der versicherten Prozentstufe für max. 28 Tage/ Jahr, alle 3 Jahre stat. Reha/Mutter-Kind: bis max. 250 € (ein- schl. Fahrtkosten), für max. 21 Tage/ Jahr, alle 3 Jahre BE: Kurtagegeld bei stationärer Kur aus 50 € entsprechend der versicherten Pro- zentstufe für max. 28 Tage/ Jahr, alle 3 Jahre

Hallesche Krankenversicherung

	C-Programm	C.Select unisex
Transporte		
Fahrten/ Transporte zur ambulanten Heilbehandlung	CA: Fahrten zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt bei Gehunfähigkeit, Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie. BE: --	CAZ: Fahrten zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt, Krankenhaus oder AHB-Einrichtung sowie zur und von der nächsterreichbaren geeigneten Heilmittelanwendung bei Notfällen, Gehunfähigkeit, Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, ambulanten Operationen am Tag der OP, stationären sowie vor- und nachstationären Behandlungen. BE: --
Unfall-/ Notfalltransporte	CA: Unfall-/ Notfalltransporte bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt. BE: --	
Krankentransport bei stationärer Heilbehandlung	CSR: Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. BE: --	

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

Achtung:

Anrechnung der Alterungsrückstellung

Haben Sie in Ihrem bisherigen Tarif / Ihrer bisherigen Tarilstufe wegen der höheren tariflichen Leistung eine höhere Alterungsrückstellung gebildet, als in Ihrem künftigen Tarif / Ihrer künftigen Tarilstufe kalkulatorisch erforderlich, geht der „Überschuss“ an Alterungsrückstellung nicht verloren. Er wird sofort in voller Höhe dauerhaft beitragsmindernd angerechnet. Deshalb liegt Ihr Beitrag im künftigen Tarif / in der künftigen Tarilstufe unter dem, den ein Vergleichskunde bezahlen müsste, der seit jeher in diesem Tarif / dieser Tarilstufe versichert ist, obwohl er ansonsten dieselben relevanten Eigenschaften (Alter, Versicherungsdauer, Risikoeinstufung) hat wie Sie.

In manchen Fällen kann die bisher gebildete Alterungsrückstellung nicht in voller Höhe angerechnet werden, weil ansonsten gesetzlich definierte Untergrenzen unterschritten würden. Stattdessen wird der nicht angerechnete Teil der Alterungsrückstellung dann der Rückstellung für Beitragsermäßigung im Alter zugeführt. Ab Vervollendung des 65. Lebensjahres wird er für Sie zur Milderung oder vollständigen Finanzierung von Beitragsanpassungen verwendet.

Was passiert bei einer künftigen Beitragsanpassung?

Eine Beitragsanpassung bildet den finanziellen Mehrbedarf ab, der auf die Versicherten zukommt: in Euro gesehen ist dieser für Sie exakt gleich hoch wie für einen Vergleichskunden. Weil Ihr Beitrag jedoch niedriger ist als der des Vergleichskunden, sind Sie prozentual stärker betroffen, obwohl die Erhöhung in Euro identisch ist.

Anpassung von Risikozuschlägen im Rahmen von Beitragsanpassungen

Sofern wir Ihnen den neuen Tarif / die neue Tarilstufe nur gegen Zahlung eines Risikozuschlags ermöglichen können, ist Folgendes zu beachten: Der Risikozuschlag wird im Rahmen von Beitragsanpassungen ebenfalls angepasst. Das bedeutet: Bei einer Beitragserhöhung steigt auch der Risikozuschlag entsprechend. Spätere Wechsel in einen anderen Tarif / eine andere Tarilstufe (dies gilt auch, wenn Sie in Ihren bisherigen Tarif / Ihre bisherige Tarilstufe zurückwechseln würden) führen **nicht** automatisch zu einem Wegfall des dann geltenden Risikozuschlags.

Hallesche Krankenversicherung

Höhe der Beitragsrückerstattung bei unterjährigem Tarif(stufen)wechsel

Basis für die Beitragsrückerstattung ist Ihr im Januar des jeweiligen Kalenderjahres gültiger Tarifbeitrag. Das ist der Monatsbeitrag einschließlich eventueller Beitragszuschläge. Darin nicht enthalten ist der gesetzliche Zuschlag. Vermindert sich der Beitrag im laufenden Jahr, wird dieser neue Beitrag als Basis herangezogen. Beispiele dafür sind ein höherer Selbstbehalt **oder** der Wechsel in einen anderen Tarif mit Beitragsrückerstattung.

Selbstbetragsberechnung bei unterjährigem Tarif(stufen)wechsel

Findet ein Tarif(stufen)wechsel, mit dem eine Änderung des bisherigen Selbstbetrags 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 Selbstbetrags erfolgt nicht. Der in Ihrem neuen Tarif / Ihrer neuen Tarifstufe vorgesehene Jahresselbstbehalt wird dagegen entsprechend der im laufenden Kalenderjahr verbleibenden Monate begrenzt („Zwölftelregelung“).

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