

Wichtige Hinweise zum Tarif(stufen)wechsel

aus dem CxB-Programm 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 Tarifestufe 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 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.
- Über sonstige vertragliche Möglichkeiten zur Beitragsreduzierung innerhalb des bisherigen Tarifprogramms wurde ich ausführlich beraten und möchte diese nicht wahrnehmen.

	CxB-Programm	BTB
Allgemeines		
Mögliche Leistungsstufen	CAB: 120, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 70, 80 CABS: 120, 20, 30, 35, 40, 45, 50	120, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 60, 70
jährlicher Selbstbehalt	CAB = kein Selbstbehalt CABS 120/20 = 240 € CABS 30 = 360 € CABS 35 = 420 € CABS 40 = 480 € CABS 45 = 540 € CABS 50 = 600 € Selbstbehalt gilt für den ambulanten Leistungsbereich sowie für die Kurbehandlung.	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

	CxB-Programm	BTB
Allgemeines		
Erstattungssatz	Die genannten Erstattungsprozentsätze beziehen sich auf die nach der jeweils versicherten Prozentstufe erstattungsfähigen Aufwendungen. Erstattungsfähig sind die beihilfefähigen Aufwendungen im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung.	Die genannten Erstattungsprozentsätze beziehen sich auf die nach der jeweils versicherten Prozentstufe erstattungsfähigen Aufwendungen.
Begrenzung auf GOÄ/GOZ	CAB, CZB, CG, CWB: Erstattung des jeweils angemessenen Honorars nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) - soweit sachlich und rechtlich begründet, auch über deren Höchstsätze hinaus. CSB: Erstattung des jeweils angemessenen Honorars nach der GOÄ bis zu deren Höchstsätzen. CEB: Erstattung des jeweils angemessenen Honorars nach der GOÄ bzw. GOZ - soweit sachlich und rechtlich begründet, auch über deren Höchstsätze hinaus.	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	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	100% • bei Vertragsärzten • eingeschränkte Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen im Krankenhaus
Psychotherapie	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen ohne tariflich festgelegte Begrenzung nach Sitzungen im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit und ohne Genehmigungsklausel bei ärztlicher Behandlung.	100% im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit nach vorheriger schriftlicher Zusage bei ärztlicher Behandlung (max. 1,2fach GOP).
Heilpraktikerbehandlung	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen bis zum jeweiligen Höchstbetrag des GebüH (Stand 1985) für alle im GebüH ausdrücklich genannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.	keine Leistung

Hallesche Krankenversicherung

	CxB-Programm	BTB
Ambulant		
Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen für Heilmittel	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	CAB: 100% entsprechend dem in der Beihilfeverordnung festgelegten Katalog CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	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	CAB: erstattungsfähig gemäß der am 31.12.2003 gültigen Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen; sehen Beihilfevorschriften keine Beihilfefähigkeit für Sehhilfen vor, werden die Aufwendungen gemäß der am 31.12.2003 geltenden Beihilfeverordnung als beihilfefähig angesehen.	bis zu den Festbeträgen der gesetzlichen Krankenkassen mit den dort vorgegebenen medizinischen Indikationen.
Refraktive Chirurgie	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	keine Leistung
Ambulante Vorsorgeuntersuchung	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	100% nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Hallesche Krankenversicherung

	CxB-Programm	BTB
Ambulant		
Soziotherapie	keine konkrete tarifliche Regelung	100% für max. 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall (ab 18 Jahren Zuzahlung 8 € je Behandlungstag)
Künstliche Befruchtung	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	50%
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	keine konkrete tarifliche Regelung	100% bis zu dem Betrag, den die GKV erbringen würde
Häusliche Krankenpflege	keine konkrete tarifliche Regelung	100% bis zu der Höhe, die die GKV aufbringen würde; max. 4 Wochen je Versicherungsfall - zeitliche Begrenzung gilt nur für die Krankenhausvermeidungspflege, bei Behandlungspflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung (Sicherungspflege) und ambulanter Palliativversorgung auch darüber hinaus; ab 18 Jahren Zuzahlung 8 €/Tag für max. 28 Tage und 10 € pro Verordnung
Stationär		
Stationäre Heilbehandlung	CSB: Mehrbettzimmer CG 1: Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt CWB, CG 2: Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt CSD: Differenz zwischen Ein- und Zweibettzimmer CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen bei privatärztlicher Behandlung	Mehrbettzimmer Selbstbehalt ab 18 Jahren: 10 €/Tag für max. 28 Tage/Jahr
Ersatz-krankenhaustagegeld	CG 1: 15,60 € bei Verzicht auf Einbettzimmer 26 € bei Verzicht auf Zweibettzimmer 13 € bei Verzicht auf Privatarztbehandlung CWB, CG 2: 10,40 € bei Verzicht auf Zweibettzimmer 13 € bei Verzicht auf Privatarztbehandlung CSD: 15,60 € bei Verzicht auf Einbettzimmer Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche Ersatz-KHT.	keine Leistung

Hallesche Krankenversicherung

	CxB-Programm	BTB
Stationär		
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	keine konkrete tarifliche Regelung	bis zu der Höhe, die die GKV erbringen würde
Zahn		
Zahnbehandlung	CZB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung. Material- und Laborkosten werden zu 60% als beihilfefähig angesehen. Ist gemäß Beihilfeverordnung ein höherer Wert beihilfefähig, gilt dieser. CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen. Material- und Laborkosten werden zu 60% als beihilfefähig angesehen. Ist gemäß Beihilfeverordnung ein höherer Wert beihilfefähig, gilt dieser.	100%
Zahnersatz	CZB 280-320: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung. Material- und Laborkosten werden zu 60% als beihilfefähig angesehen. Ist gemäß Beihilfeverordnung ein höherer Wert beihilfefähig, gilt dieser. CZB 80-120: 80% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung. Material- und Laborkosten werden zu 60% als beihilfefähig angesehen. Ist gemäß Beihilfeverordnung ein höherer Wert beihilfefähig, gilt dieser. CEB: 80% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen. Material- und Laborkosten werden zu 60% als beihilfefähig angesehen. Ist gemäß Beihilfeverordnung ein höherer Wert beihilfefähig, gilt dieser.	60% - 75% (bei regelmäßiger, nachweislicher Zahnpflege)

Hallesche Krankenversicherung

	CxB-Programm	BTB
Zahn		
Kieferorthopädie	CZB 280-320: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung. Material- und Laborkosten werden zu 60% als beihilfefähig angesehen. Ist gemäß Beihilfeverordnung ein höherer Wert beihilfefähig, gilt dieser. CZB 80-120: 80% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung. Material- und Laborkosten werden zu 60% als beihilfefähig angesehen. Ist gemäß Beihilfeverordnung ein höherer Wert beihilfefähig, gilt dieser. CEB: 80% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen. Material- und Laborkosten werden zu 60% als beihilfefähig angesehen. Ist gemäß Beihilfeverordnung ein höherer Wert beihilfefähig, gilt dieser.	80% (bei einem Kind) bzw. 90% (bei zwei oder mehr Kindern); für Personen unter 18 Jahren; in seltenen Fällen auch für Erwachsene
Höchsätze für Zahnleistungen	CZB: in den ersten 10 Kalenderjahren CEB: in den ersten 10 Kalenderjahren	nein
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	kein Verzeichnis	Verzeichnis auf GKV-Niveau
Kur und Sanatorium		
Kur- und Sanatoriumsbehandlung	CAB: ohne zeitliche Begrenzung und ohne vorherige Zustimmung; Erstattung der Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Kuranwendungen mit den tariflichen Sätzen; im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung. CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen bei ambulanter Kurbehandlung	keine Leistung

Hallesche Krankenversicherung

	CxB-Programm	BTB
Digitale Gesundheitsanwendungen		
Digitale Gesundheitsanwendungen	keine Leistung	100% für Anwendungen gem. Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte nach Verordnung des behandelnden Vertragsarztes oder des behandelnden Psychotherapeuten, jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Keine Leistung für die Anschaffung und den Betrieb von Endgeräten.
Transporte		
Fahrten/Transporte zur ambulanten Heilbehandlung	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen bei Gehunfähigkeit	in den nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Fällen und nach vorheriger schriftlicher Zusage (Selbstbeteiligung 10 €/Fahrt)
Unfall-/Notfalltransporte	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	Unfall-/ Notfalltransporte bis zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus (Selbstbeteiligung pro Fahrt 10 €).
Krankentransport bei stationärer Heilbehandlung	CSB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	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.

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.

Hallesche Krankenversicherung

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

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer