

Wichtige Hinweise zum Tarif(stufen)wechsel

aus dem CxB-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

	CxB für Beihilfeberechtigte bisex	C.Select unisex
Allgemeines		
Mögliche Leistungsstufen	CAB: 120, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 70, 80 CABS: 120, 20, 30, 35, 40, 45, 50	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)
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.	kein Selbstbehalt
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.	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

Hallesche Krankenversicherung

	CxB für Beihilfeberechtigte bisex	C.Select unisex
Ambulant		
Ambulante Heilbehandlung	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	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: --
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.	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: --
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.	CAZ: 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.
Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen für Heilmittel	CAZ: 100%, Heilmittel nach tariflichem Preis-/ Leistungsverzeichnis BE: --

Hallesche Krankenversicherung

	CxB für Beihilfeberechtigte bisex	C.Select unisex
Ambulant		
Hilfsmittel	CAB: 100% entsprechend dem in der Beihilfeverordnung festgelegten Katalog CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	CAZ: 100% Erstattung der tatsächlichen Kosten. BE: --
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.	CAZ: Brillengläser und Kontaktlinsen: 100%, Brillengestelle: bis zu 180 €. BE: Der nach Abzug beihilfefähiger Aufwendungen verbleibende Betrag, max. 125 €.
Refraktive Chirurgie	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	CAZ: 100% BE: --
Ambulante Vorsorgeuntersuchung	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	CAZ: 100% für ambulante Vorsorgeuntersuchungen (zur Früherkennung von Krankheiten, auch außerhalb der gesetzlich eingeführten Programme und unabhängig vom Alter). BE: --
Soziotherapie	keine konkrete tarifliche Regelung	CAZ: 100% für max. 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall BE: --
Künstliche Befruchtung	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	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: --

Hallesche Krankenversicherung

	CxB für Beihilfeberechtigte bisex	C.Select unisex
Ambulant		
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	keine konkrete tarifliche Regelung	CAZ: 100% bis zu dem Betrag, den die GKV erbringen würde BE: --
Häusliche Krankenpflege	keine konkrete tarifliche Regelung	CAZ: 100% bis zu den allgemein ortsüblichen Sätzen BE: --
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	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.
Ersatzkrankenhaustagegeld	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.	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.
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.
Hospiz	keine konkrete tarifliche Regelung	nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z.B. aus der Pflegepflichtversicherung, bis zu der Höhe, die die GKV erbringen würde

Hallesche Krankenversicherung

	CxB für Beihilfeberechtigte bisex	C.Select unisex
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.	CAZ: 100% BE: --
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.	CAZ: 100% BE: Abgestimmt auf die jeweilige Beihilfeverordnung sind in Bea 60%, Beb 40% und BEc 30% erstattungsfähig.
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.	CAZ: 100% BE: --

Hallesche Krankenversicherung

	CxB für Beihilfeberechtigte bisex	C.Select unisex
Zahn		
Höchsätze für Zahnleistungen	in den ersten 10 Kalenderjahren	CAZ: in den ersten 4 Kalenderjahren (Vorversicherungszeit wird angerechnet) BE: in den ersten 5 Kalenderjahren (Vorversicherungszeit wird angerechnet); ab 6. Kalenderjahr jährliche maximale Höchstbegrenzung (5.000 €).
Preis-Leistungs-Verzeichnis für zahntechnische Material- und Laborarbeiten	kein Verzeichnis	CAZ: kein Verzeichnis BE: Verzeichnis über 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	CAZ: ohne zeitliche Begrenzung und ohne vorherige Zustimmung; Erstattung der Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Kuranwendungen mit den tariflichen Sätzen. 100% für Kurplan und Kurtaxe. BE: --
Unterkunft/ Verpflegung Sanatorium	keine Leistung	CAZ: amb. Kur/Reha (wenn am Wohnort nicht möglich): aus 30 € entsprechend der versicherten Prozentstufe für max. 28 Tage/Jahr, alle 3 Jahre stat. Reha/Mutter-Kind: bis max. 250 € (einschl. Fahrtkosten), für max. 21 Tage/ Jahr, alle 3 Jahre BE: Kurtagegeld bei stationärer Kur aus 50 € entsprechend der versicherten Prozentstufe für max. 28 Tage/Jahr, alle 3 Jahre
Digitale Gesundheitsanwendungen		
Digitale Gesundheitsanwendungen	keine Leistung	CAZ: 100% für Anwendungen gem. Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte nach Verordnung oder vorheriger schriftlicher Zusage. Darüber hinaus: 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 € jährlich für andere digitale Anwendungen nach vorheriger schriftlicher Zusage. Leistung pro Verordnung/Zusage zunächst für höchstens 12 Monate. Keine Leistung für die Anschaffung und den Betrieb von Endgeräten. BE: --

Hallesche Krankenversicherung

	CxB für Beihilfeberechtigte bisex	C.Select unisex
Transporte		
Fahrten/ Transporte zur ambulanten Heilbehandlung	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	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.
Unfall-/ Notfalltransporte	CAB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	
Krankentransport bei stationärer Heilbehandlung	CSB: 100% im Rahmen der geltenden Beihilfeverordnung CEB: 100% der nichtbeihilfefähigen Aufwendungen	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 Tarifstufe wegen der höheren tariflichen Leistung eine höhere Alterungsrückstellung gebildet, als in Ihrem künftigen Tarif / Ihrer künftigen Tarifstufe 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 Tarifstufe unter dem, den ein Vergleichskunde bezahlen müsste, der seit jeher in diesem Tarif / dieser Tarifstufe 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 Tarifstufe 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 Tarifstufe (dies gilt auch, wenn Sie in Ihren bisherigen Tarif / Ihre bisherige Tarifstufe 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 Selbstbetrages 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 Selbstbetrages 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