

Wichtige Hinweise zum Tarif(stufen)wechsel

aus dem C-Programm mit Tarif CA in den Tarif BTN

(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.

	C-Programm mit CA	BTN
Allgemeines		
jährlicher Selbstbehalt	CA 60, 70, 100 = kein Selbstbehalt CA 80 = max. 320 € CA 4 = 300 € CA 3 = 550 € CA 2 = 850 € CA 1 = 1.300 € CA 5 = 1.800 € Selbstbehalt gilt für den ambulanten Leistungsbereich sowie für die Kurbehandlung.	BTN 0 = kein Selbstbehalt BTN 1 = 300 € BTN 2 = 600 € BTN 3 = 900 € BTN 4 = 1.200 € Selbstbehalt gilt für alle Leistungsbereiche: ambulant, Zahn, stationär.
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.	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

	C-Programm mit CA	BTN
Allgemeines		
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	100%	100% • bei Vertragsärzten • eingeschränkte Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen im Krankenhaus
Psychotherapie	100% 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	100% bis zum jeweiligen Höchstbetrag des GebüH (Stand 1985) für alle im GebüH ausdrücklich genannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.	keine Leistung
Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel	100% Heilmittel nach tariflichem Preis-/Leistungsverzeichnis	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	100% Erstattung der tatsächlichen Kosten; kein eng begrenzter Hilfsmittelkatalog.	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.

	C-Programm mit CA	BTN
Ambulant		
Sehhilfen	Brillengläser und Kontaktlinsen: 100% Brillengestelle: max. Höhe ist zu erfragen.	bis zu den Festbeträgen der gesetzlichen Krankenkassen mit den dort vorgegebenen medizinischen Indikationen.
Refraktive Chirurgie	100%	keine Leistung
Ambulante Vorsorgeuntersuchung	100% für ambulante Vorsorgeuntersuchungen (zur Früherkennung von Krankheiten, auch außerhalb der gesetzlich eingeführten Programme und unabhängig vom Alter).	100% nach gesetzlich eingeführten Programmen.
Soziotherapie	100% für max. 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall	100% für max. 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall (ab 18 Jahren Zuzahlung 8 € je Behandlungstag)
Künstliche Befruchtung	100%	50%
Häusliche Krankenpflege	100% bis zu den allgemein ortsüblichen Sätzen	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	CSR: Mehrbettzimmer. CG 1: Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt CG 2: Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt	Mehrbettzimmer Selbstbehalt ab 18 Jahren: 10 €/Tag für max. 28 Tage/Jahr
Ersatzkrankenhaustagegeld	CG 1: 15,60 € bei Verzicht auf Einbettzimmer 26 € bei Verzicht auf Zweibettzimmer 13 € bei Verzicht auf Privatarztbehandlung CG 2: 10,40 € bei Verzicht auf Zweibettzimmer 13 € bei Verzicht auf Privatarztbehandlung Kinder und Jugendliche erhalten das gleiche Ersatz-KHT.	keine Leistung
Privatkliniken	keine Begrenzung bei Aufenthalt in Privatkliniken	bis zu der Höhe, die die GKV erbringen würde

	C-Programm mit CA	BTN
Stationär		
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		
Zahnbehandlung	CZ 3: 100% CZ 2: 80% CZ 1: 80% bis 310 €/Jahr CZ 90: 90% CZ 80: 80% CZ 70: 70% CZ 60: 60%	100%
Zahnersatz	CZ 3: 80% CZ 2: 50% CZ 1: 50% bis 310 €/Jahr CZ 90: 90% CZ 80: 80% CZ 70: 70% CZ 60: 60%	60% - 75% (bei regelmäßiger, nachweislicher Zahnpflege)
Kieferorthopädie	CZ 3: 80% CZ 2: 50% CZ 1: 50% bis 310 €/Jahr CZ 90: 90% CZ 80: 80% CZ 70: 70% CZ 60: 60%	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 3, 2, 60: in den ersten 10 Kalenderjahren	nein
Heil- und Kostenplan	CZ 3, 2, 60: 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	ohne zeitliche Begrenzung und ohne vorherige Zustimmung; Erstattung der Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Kuranwendungen mit den tariflichen Sätzen.	keine Leistung

	C-Programm mit CA	BTN
Kur und Sanatorium		
Unterkunft/ Verpflegung Sanatorium	CSR: für Personen ab 21 Jahre 12 € für max. 28 Tage/Jahr, alle 3 Jahre	keine Leistung
Digitale Gesundheitsanwendungen		
Digitale Gesundheitsanwendungen	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.	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	Fahrten zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt bei Gehunfähigkeit, Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie.	in den nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Fällen und nach vorheriger schriftlicher Zusage (Selbstbeteiligung 10 €/Fahrt)
Unfall-/ Notfalltransporte	Unfall-/ Notfalltransporte bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt.	Unfall-/ Notfalltransporte bis zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus (Selbstbeteiligung pro Fahrt 10 €).
Krankentransport bei stationärer Heilbehandlung	Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.	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
Sonstiges		
Krankentagegeld	keine Leistung	bei Arbeitsunfähigkeit ab dem 43. Tag 70% des auf den Kalendertag umgerechneten Arbeitsentgelts, max. bis zur Beitragsbemessungsgrenze der GKV, max. 90% des Nettoeinkommens; begrenzt auf 78 Wochen in 3 Jahren bei Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit
Mutterschaftsgeld	keine Leistung	13 €/Tag für 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Entbindung

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.

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 BTN bietet diese Möglichkeit nicht. Mit dem Tarifwechsel in den Tarif BTN 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 („Zwölftelregelung“).

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer