

Wichtige Hinweise zum Tarif(stufen)wechsel

aus Tarif PRIMO 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 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 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.

	PRIMO	BTN
Allgemeines		
jährlicher Selbstbehalt	PRIMO Bonus = versicherte Person erhält einen monatlichen Bonus in Höhe von 30 €, der im Leistungsfall verrechnet wird PRIMO SB 1 = 300 € PRIMO SB 2 = 600 € PRIMO SB 3 = 1.200 € Selbstbehalt gilt für alle Leistungsbereiche: ambulant, Zahn, stationär.	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	Erstattung des jeweils angemessenen Honorars nach der GOÄ bzw. GOZ bis zu deren Höchstsätzen.	ambulant, stationär: Gemäß den Tarifregelungen zum Basistarif (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

	PRIMO	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% (bei Einhaltung des Hausarzt-Systems) bzw. 75% (ohne Hausarzt-System)	100% • bei Vertragsärzten • eingeschränkte Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen im Krankenhaus
Hausarzt-System	100% für ärztliche Behandlung, wenn zuerst der Hausarzt (Allgemeinarzt, Augenarzt, Gynäkologe, Kinderarzt, Notarzt, Bereitschaftsarzt) aufgesucht wird; 75% bei direkter Facharztbehandlung	kein Hausarzt-System
Psychotherapie	75% für maximal 30 Sitzungen jährlich 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	75% bis 1.000 € Rechnungsbetrag, bis zum jeweiligen Höchstbetrag des GebüH (Stand 1985) für alle im GebüH ausdrücklich genannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.	keine Leistung
Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel	Arznei- und Verbandmittel: 75% bis 2.000 €, darüber hinaus 100%; Heilmittel: 75% mit 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	75% der erstattungsfähigen Aufwendungen, 90% beim Bezug über den Versicherer; mit tariflichem Katalog; mit tariflichen Höchstbeträgen bei bestimmten Hilfsmitteln.	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.

	PRIMO	BTN
Ambulant		
Sehhilfen	100% bis 125 € alle 2 Jahre, bei Dioptrienänderung um mind. 0,5 auch früher.	bis zu den Festbeträgen der gesetzlichen Krankenkassen mit den dort vorgegebenen medizinischen Indikationen.
Refraktive Chirurgie	100% (bei Einhaltung des Hausarzt-Systems) bzw. 75% (ohne Hausarzt-System)	keine Leistung
Ambulante Vorsorgeuntersuchung	100% nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzung.	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	keine Leistung, auch nicht stationär	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	PRIMO: Mehrbettzimmer PRIMO plus: Zwei- oder Mehrbettzimmer; Privatarzt	Mehrbettzimmer Selbstbehalt ab 18 Jahren: 10 €/Tag für max. 28 Tage/Jahr
Ersatzkrankenhaustagegeld	20 € bei Verzicht auf Zweibettzimmer 25 € 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
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	PRIMO: 65% PRIMO Z: 75%	60% - 75% (bei regelmäßiger, nachweislicher Zahnpflege)

	PRIMO	BTN
Zahn		
Kieferorthopädie	75%	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	in den ersten 5 Kalenderjahren; ab 6. Kalenderjahr jährliche maximale Höchstbegrenzung (5.000 €).	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 Kieferorthopädie immer Vorlage erforderlich.	bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ist die Vorlage immer Leistungsvoraussetzung
Preis-Leistungs-Verzeichnis für zahntechnische Material- und Laborarbeiten	Verzeichnis über GKV-Niveau	Verzeichnis auf GKV-Niveau
Kur und Sanatorium		
Kur- und Sanatoriumsbehandlung	ohne zeitliche Begrenzung und ohne vorherige Zustimmung; Erstattung der Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Kurwendungen mit den tariflichen Sätzen.	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 bei Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie.	in den nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Fällen und nach vorheriger schriftlicher Zusage (Selbstbeteiligung 10 €/Fahrt)
Unfall-/ Notfalltransporte	100% für Notfalltransporte bis zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt.	Unfall-/ Notfalltransporte bis zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus (Selbstbeteiligung pro Fahrt 10 €).

	PRIMO	BTN
Transporte		
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 Be-stattung 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 Beitragsbemes-sungsgrenze der GKV, max. 90% des Netto-einkommens; begrenzt auf 78 Wochen in 3 Jahren bei Ar-beitsunfähigkeit 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 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 („Zwölftelregelung“).

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer