Info für Vertriebspartner

Die AXA Krankenversicherung hat viel zu bieten. **Hier finden Sie alle wichtigen Informationen.**

Produkte, Tarife, Zielgruppen,
Annahmerichtlinien u.v.m.

Das Krankenversicherungs-Programm 2013

inkl. DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung

Maßstäbe **neu definiert**

Die AXA Krankenversicherung nach Einführung von Unisex-Tarifen

Wie bei allen privaten Krankenversicherungen werden auch von AXA ab 21.12.2012 nur noch Unisex-Tarife angeboten. In der vorliegenden Unterlage finden Sie alles Wissenswerte zu den neuen Tarifen. Hier möchten wir Ihnen einen kurzen Überblick darüber geben, was sich bei der Produktgestaltung der Unisex-Tarife gegenüber den bisherigen Tarifen geändert hat.

Im Rahmen der Einführung haben wir unsere Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVBen) weiter verbessert. So wurden Leistungen für ambulante Reha, Soziotherapie, Palliativversorgung, Sozialpädiatrie und Frühförderung, Hospiz, Krankenpflege und Haushaltshilfe jetzt in den Bedingungen festgeschrieben, die bisher nur als Kulanzleistungen erbracht wurden. Mit unseren neuen Bedingungen haben nun alle Kunden in Unisex-Vollversicherungstarifen ein verbrieftes Recht auf diese Leistungen. Weitere Ausführungen dazu finden Sie im Stichwortverzeichnis und natürlich in den AVBen.

Zusätzlich wurde der Hilfsmittelkatalog erweitert und enthält nun auch eine Ergänzung, dass auch dort nicht genannte lebensnotwendige Hilfsmittel erstattet werden können. Damit haben wir sowohl dem Wunsch nach Klarheit zu Hilfsmitteln als auch dem Wunsch nach einem offenen Hilfsmittelkatalog in unseren AVBen Rechnung getragen.

Unsere im Markt sehr gut bewertete Auslandsregelung haben wir in einem Punkt überarbeitet. Die Leistungen bei Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in Nicht-EU/EWR-Ländern gibt es nach wie vor. In den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn ist diese aber auf Aufenthalte bis zu 6 Wochen begrenzt. Personen, die bereits bei Vertragsabschluss den Auslandsaufenthalt planen oder unsere Tarife zum Zwecke des Auslandsaufenthaltes abschließen, empfehlen wir daher eine Auslandsreiseversicherung (Besonderheiten im Öffentlichen Dienst siehe Kapitel Annahmerichtlinien).

In der Krankheitskostenvollversicherung für die Privatwirtschaft haben wir die Tarifpalette gestrafft und harmonischer aufeinander abgestimmt. Elementar Bonus und Vital wurden durch die Hinzunahme von Leistungen gegenüber bisher aufgewertet (z. B. Psychotherapie im Elementar Bonus, GOÄ-Höchstsätze im Vital). Drei neue Zahntarife runden das Bild in der Privatwirtschaft ab. Die Tarife für Ärzte wurden in Anlehnung an den VA100/2 neu gestaltet. Auch hier sind nun durchweg halbkompakte Tarife mit ambulanten und stationären Leistungen vorhanden, an die die genannten Zahntarife angebündelt werden können. Alle Vollversicherungstarife werden als Ausbildungsvariante angeboten. Zusammen mit dem bereits bekannten Optionskonzept wird das Tarifspektrum damit allen Lebensphasen gerecht. Damit ist das gesamte Produktportfolio in der Privatwirtschaft übersichtlich und flexibel.

Im Segment Öffentlicher Dienst setzen wir die erfolgreichen Produktlinien Vision B und Tarifgruppe B fort. Auch diese Tarife profitieren von der Überarbeitung der AVBen.

Das Produktportfolio in der Krankentagegeldversicherung wurde gestrafft. Außerdem wurden die deutlich über dem Marktniveau liegenden Leistungen auf ein marktübliches Niveau gelegt, um die preisliche Wettbewerbsfähigkeit zu verbessern. Die Tarife sind nun konsequent auf das Regelrentenbeginnalter (von derzeit 67 Jahren) ausgelegt und damit zukunftssicher. Bei den hervorragend positionierten Arzttarifen haben wir auf grundlegende inhaltliche Änderungen verzichtet.

In der Zusatzversicherung führen wir die noch relativ jungen und sehr erfolgreichen Pflegevorsorge- und Zahnvorsorge-Tarife unverändert fort. Auch die übrigen Zusatzversicherungen sind kaum verändert. Wir haben uns allerdings zunächst auf die Hauptverkaufstarife fokussiert. Als Krankenhaustagegeld bieten wir jetzt nur noch einen Tarif an, der sowohl in der Vollversicherung als auch in der Zusatzversicherung eingesetzt werden kann.

Zusammenfassend ist unser Produktportfolio aufgewertet worden sowie systematischer aufeinander abgestimmt und übersichtlicher als bisher. Wir legen damit das Fundament, um im neuen Unisex-Zeitalter unsere Wettbewerbsfähigkeit weiter zu verbessern und Ihnen ein modernes und transparentes Produktportfolio zur Verfügung zu stellen.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg mit den neuen Tarifen der AXA Krankenversicherung.

Ihr Hajo Schmitz

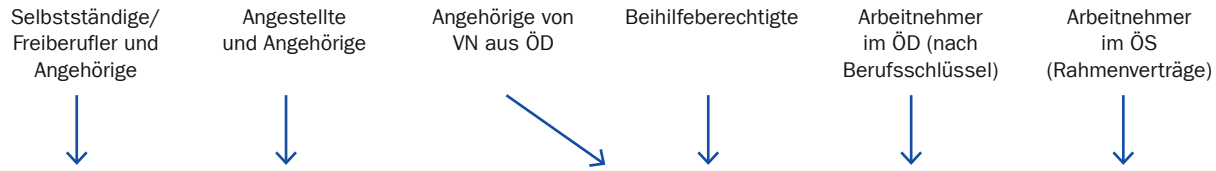
Die AXA Krankenversicherung

Durch die Fusion von AXA und DBV-Winterthur können Sie nun ein sehr großes Portfolio an ausgezeichneten Krankenversicherungsprodukten anbieten, die bezogen auf ihr Spektrum und ihr Preis-Leistungs-Verhältnis am Markt nahezu einmalig sind.

Vorteilhaft für den Vertrieb im Geschäftsfeld Öffentlicher Dienst/Öffentlicher Sektor (ÖD/ÖS) ist, dass die Marke DBV erhalten bleibt und für diesen Bereich exklusiv durch eine Zweigniederlassung abgedeckt wird, die „DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung“ in Wiesbaden.

Zuordnungskriterien zu den Geschäftsfeldern bzw. nach Kundensegmenten

Mit der Fusion und dem Erhalt der Marke DBV erfolgt das KV-Geschäft über beide Marken, AXA und DBV. Nachfolgend geben wir Ihnen einen Überblick, welche Personengruppen der Marke AXA bzw. DBV zugeordnet werden.



AXA Krankenversicherung	**DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung**
Die Geschäftsfelder, Kundensegmente/Zugangswege werden wie folgt zugeordnet:	
Privatwirtschaft: ■ Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze ■ Selbstständige Gewerbe/Mittelstand ■ Angehörige freier Berufe Heilwesen: ■ Studenten der (Zahn-) Medizin ■ niedergelassene Ärzte ■ niedergelassene Zahnärzte (hier verschiedene Sonderverträge mit Verbänden der Zahnärzte)	Öffentlicher Dienst/Sektor, unter anderem mit nachfolgenden Zugangswegen: ■ Deutscher Beamtenbund (dbb/dbb-vw) ■ Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di/ver.di MS) ■ Deutscher Bundeswehrverband (DBwV)/ Förderungsgesellschaft (FÖG) ■ BSW Verbraucher-Service GmbH ■ Unterstützungs- und Vorsorgewerk für den Dienstleistungsbereich e. V. (u.di)
Welche Antragsformulare gelten für die Geschäftsfelder bzw. Kundensegmente?	
Antragsformulare mit den Gesellschaftsangaben der AXA Krankenversicherung AG	Antragsformulare mit den Gesellschaftsangaben der DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG

Diese Fachinformation genießt urheberrechtlichen Schutz. Jegliche Vervielfältigung, Weitergabe und über den Informationsgebrauch hinausgehende Nutzung ist Dritten untersagt.

Herausgeber: AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, www.AXA.de Stand: 12/2012

Inhalt

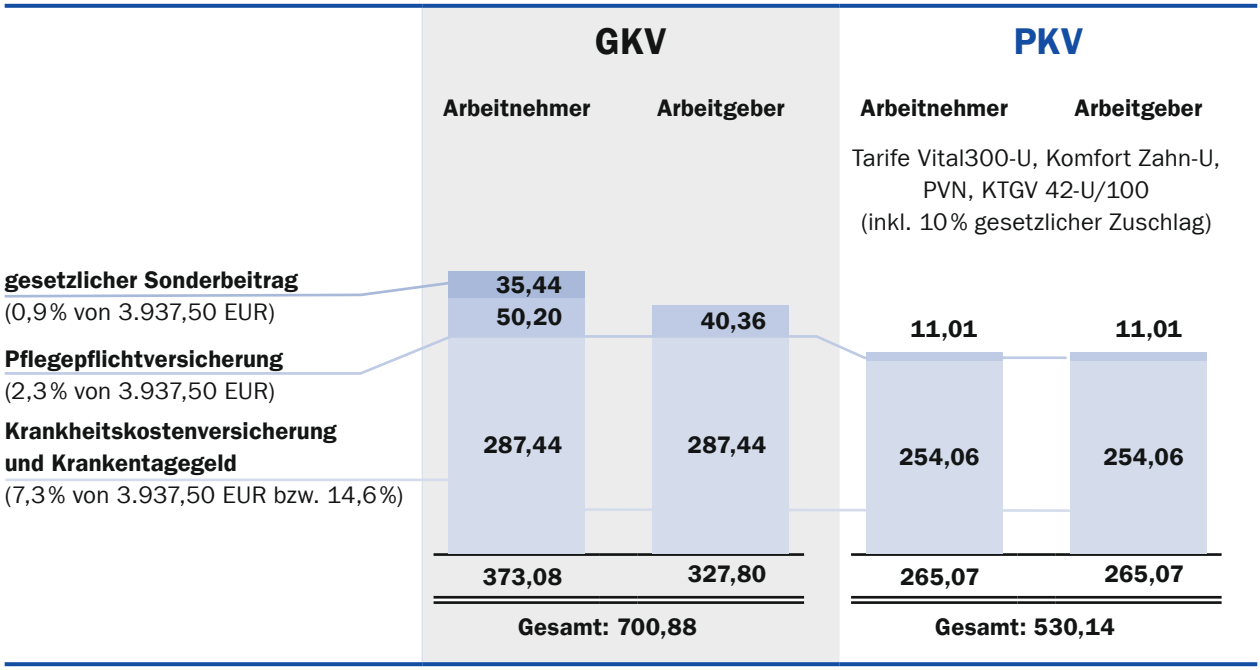
	Seite
Allgemeines	
Grenzwerte und Bemessungsgrenzen	6
Vergleich GKV/AXA	7
Eigenanteile in der GKV	8
Vom Kassenpatienten zum Privatpatienten	9
Warum privat krankenversichert bei AXA bzw. DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung?	10
Privatpatient ist nicht gleich Privatpatient	11
Ausgezeichnete Tarife – so sieht uns die Fachpresse	12
Vollversicherung / Einzeltarife	14
Krankenversicherungsprogramm für Beihilfeberechtigte	33
Vollversicherung Humanmediziner	180
Vollversicherung Zahnärzte	188
Zusatzversicherungen Heilberufe	194
gesundheitsservice360°	203
Pflegepflicht- und Pflegezusatzversicherungen	214
Zusatzversicherung	222
Auslandsreise-Krankenversicherung	243
Betriebliche Krankenversorgung	248
Stichwortverzeichnis	254
Annahmerichtlinien	289

Grenzwerte und Bemessungsgrenzen – aktuell und Vorjahr

Grenzwerte und Bemessungsgrenzen	2012	2013
Bemessungsgrenzen jährlich in EUR		
Arbeitslosen- und Rentenversicherung – alte Bundesländer	67.200,00	69.600,00
Arbeitslosen- und Rentenversicherung – neue Bundesländer	57.600,00	58.800,00
Kranken- und Pflegeversicherung Beitragsbemessungsgrenze = BBG)	45.900,00	47.250,00
Bezugsgröße (SGB IV § 18) alte Bundesländer	31.500,00	32.340,00
Bezugsgröße (SGB IV § 18) neue Bundesländer	26.880,00	27.300,00
Versicherungspflichtgrenze Krankenversicherung/Jahresarbeitsentgeltgrenze	50.850,00	52.200,00
Bemessungsgrenzen/Grenzwerte monatlich in EUR		
Arbeitslosen- und Rentenversicherung – alte Bundesländer	5.600,00	5.800,00
Arbeitslosen- und Rentenversicherung – neue Bundesländer	4.800,00	4.900,00
Kranken- und Pflegeversicherung Beitragsbemessungsgrenze = BBG)	3.825,00	3.937,50
Bezugsgröße (SGB IV § 18) – alte Bundesländer	2.625,00	2.695,00
Bezugsgröße (SGB IV § 18) – neue Bundesländer	2.240,00	2.275,00
Versicherungspflichtgrenze Krankenversicherung/Jahresarbeitsentgeltgrenze	4.237,50	4.350,00
Mindestbemessungsgrenze Selbstständige Bemessungsgrenze für geringverdienende Selbstständige	1.968,75 1.312,50	2.021,25 1.347,50
Mindestbemessungsgrenze allgemein	875,00	898,33
Geringfügigkeitsgrenze (aktives Einkommen, geringfügige Beschäftigung)	400,00	450,00
Geringfügigkeitsgrenze (passives Einkommen, z. B. Rente, Mieteinnahmen/Familienvers.)	375,00	385,00
max. Krankengeld für Arbeitnehmer	78,29	80,87
max. Krankengeld für Selbstständige	89,25	91,88
Studentenpflichtbeitrag GKV jeweils Sommer-/Wintersemester lfd. Jahr	64,77	64,77
max. Beitragszuschuss PKV (Arbeitgeberanteil)	279,23	287,44
max. Beitragszuschuss PPV (Arbeitgeberanteil)	37,29	40,36
Pflegepflichtversicherung monatlich in EUR		
PPV (GKV-Höchstbeitrag = 2,05 % d. BBG) – Angestellte/Selbstständige	74,58	80,72
PPV – Beihilfeberechtigte	29,83	32,29
Pflegepflichtversicherung für Studenten (GKV-pflichtig versichert) – ohne/mit Zuschlag für „Kinderlose“ ab Alter 23	11,64/13,13	12,24/13,73
Pflegepflichtversicherung für Studenten (GKV/freiwillig versichert) – ohne/mit Zuschlag für „Kinderlose“ ab Alter 23	17,06/19,25	18,31/20,55
Pflegepflichtversicherung für Studenten (PKV versichert)	max. 8,72	8,37
Ehegattenhöchstbeitrag (150 % des GKV-Höchstbeitrages) – Angestellte/Selbstständige	111,87	121,08
= je Ehegatte 75 %	55,93	60,54
Ehegattenhöchstbeitrag – Beihilfeberechtigte	44,75	48,44
= je Ehegatte 75 %	22,37	24,22
Geringfügigkeitsgrenze (aktives Einkommen, geringfügige Beschäftigung)	400,00	450,00
Geringfügigkeitsgrenze (passives Einkommen, z. B. Rente, Mieteinnahmen)	375,00	385,00
Anwartschaftsbeitrag – Angestellte/Selbstständige	5,61	5,61
Anwartschaftsbeitrag – Beihilfeberechtigte	4,43	4,43
Beitragssätze in %		
Rentenversicherung	19,6 %	18,9 %
Allgemeiner Beitragssatz	15,5 %	15,5 %
Arbeitslosenversicherung	3,0 %	3,0 %
Pflegepflichtversicherung (Personen mit Kindern)	1,95 %	2,05 %
Pflegepflichtversicherung (Personen ohne Kinder)	2,2 %	2,3 %

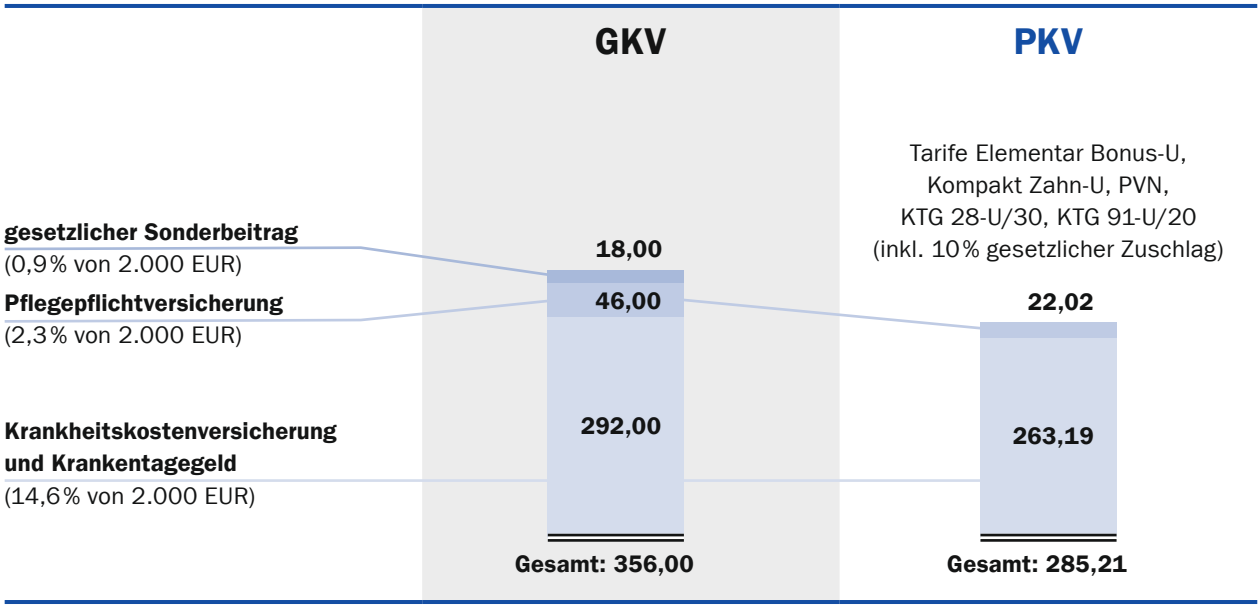
Vergleich GKV/AXA
Beitragssatz und Beitragsvergleich

Arbeitnehmer: ledig, 34 Jahre, Einkommen oberhalb der JAEG



Die monatliche Ersparnis von 170,75 EUR entspricht einer **jährlichen Ersparnis von 2.048,94 EUR!**
(nach AG-Anteil = 1.296,16 EUR!)

Selbstständiger: ledig, 34 Jahre, Einkommen 2.000 EUR monatlich



Die monatliche Ersparnis von 70,79 EUR entspricht einer **jährlichen Ersparnis von 849,48 EUR!**

Eigenanteile in der GKV

Die Eigenanteile/Selbstbehalte in der GKV betragen:

- Ambulante ärztliche/zahnärztliche Behandlung: 10 Euro Praxisgebühr für jede erste Inanspruchnahme innerhalb eines Quartals; Ausnahme: Überweisung, Vorsorge-, Prophylaxeuntersuchungen
- AHB: 10 Euro pro Kalendertag für max. 28 Tage im Kalenderjahr
- Ambulante Rehamaßnahme: 10 Euro pro Kalendertag
- Arzneimittel: 10% des Arzneimittelpreises – mindestens 5 Euro, max. 10 Euro (liegen die Kosten unter 5 Euro, wird der tatsächliche Preis gezahlt); die Zuzahlung kann für bestimmte preisgünstige Arzneimittel mit Festbetrag ggf. entfallen – (bitte bei GKV nachfragen).
- Fahrtkosten: werden nur noch in Ausnahmefällen übernommen; der Eigenanteil beträgt dann 10% der Fahrtkosten, mindestens 5 Euro, max. 10 Euro.
- Häusliche Krankenpflege: 10% der Kosten pro Tag, max. 28 Tage pro Jahr zzgl. 10 Euro je Verordnung
- Haushaltshilfe: 10% der Kosten pro Tag, mindestens 5 Euro, max. 10 Euro
- Heilmittel: 10% der Kosten zzgl. 10 Euro pro Verordnung
- Hilfsmittel (Bandagen, Einlagen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie): 10% der Kosten, mindestens 5 Euro, max. 10 Euro (bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind, ist der Eigenanteil auf 10 Euro/Monat begrenzt)
- Krankenhausbehandlung: 10 Euro pro Kalendertag für max. 28 Tage im Kalenderjahr
- Stationäre Rehamaßnahme: 10 Euro pro Kalendertag
- Vorsorgekuren für Mütter/Müttergenesungskuren: 10 Euro pro Kalendertag
- Zahnersatz: seit dem 01.01.2005 werden Pauschalen (Festzuschüsse) für Befunde bezahlt. Der Eigenanteil des Versicherten bei Wahl der Regelversorgung beträgt 50% und reduziert sich bei regelmäßiger Prophylaxe (5 oder 10 Jahre) um 20% bzw. 30%.

Die max. Zuzahlung ist auf 2% des jährlichen Bruttoeinkommens begrenzt, bei chronisch Kranken beträgt die max. Zuzahlung 1% des Bruttoeinkommens.

Seit dem 01.07.2005 zahlen GKV-Versicherte einen Zusatzbeitrag in Höhe von 0,9% zur Krankenversicherung, an dem sich der Arbeitgeber nicht beteiligt.

Vom Kassenpatienten zum Privatpatienten

Freiwillig versicherte Arbeitnehmer **Selbstständige und freie Berufe** Unabhängig vom Einkommen: Keine Krankenversicherungspflicht	**Vollversicherung** **Einzeltarife** **Zusatzversicherungen**
Angestellte im Öffentlichen Dienst (mit Beihilfeanspruch), Beamte	**Beihilfe**
Gärtner, Landwirte, Künstler und Publizisten Trotz Selbstständigkeit: Krankenversicherungspflicht **Pflichtversicherte Arbeitnehmer** Alle Bundesländer: Monats-Bruttoeinkommen **bis 4.350 EUR** bzw. Jahres-Bruttoeinkommen **bis 52.200 EUR**	**Zusatzversicherung**
Ärzte, Zahnärzte **Apotheker, Tierärzte** (nur Tagegeld)	**Heilberufe**

Wichtig
Beachten Sie bitte in jedem Fall die Liste der nicht versicherbaren Berufe, Kapitel **Annahmerichtlinien.**

Warum privat krankenversichert bei AXA bzw. DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung?

Durch die Fusion beider Gesellschaften stehen Top-Tarife sowohl für Arbeitnehmer, Selbstständige/ Freiberufler als auch für Beamte und Angehörige des Öffentlichen Sektors zur Verfügung. Die AXA Krankenversicherung ist somit viertgrößter deutscher PKV-Anbieter mit über zwei Milliarden Euro Beitragseinnahmen jährlich und mehr als 1,4 Millionen Kunden (ohne Auslandsreiseversicherung).

DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung: Große Erfahrungen im Beihilfebereich

Für einen Beihilfeberechtigten hängt die Versorgung im Krankheitsfall von zwei Kostenträgern ab: der Beihilfe und der privaten Krankenversicherung. Der Leistungsumfang der Beihilfe reduziert sich aber durch Kürzungen des Gesetzgebers seit Jahren in konstantem Maße. Mit der DBV haben Ihre Kunden einen Partner, der auf die Veränderungen im Beihilferecht rasch reagiert und informiert und ggf. Ihre Kunden mit einem Angebot zur Veränderung des Versicherungsschutzes vor großen Eigenbelastungen bewahrt. Diese Erfahrung und diesen Service bieten nur wenige Gesellschaften am Markt.

Wir haben langfristig beitragsstabile Tarife

Unsere Tarife zeichnen sich grundsätzlich seit Jahren durch ihre Beitragsstabilität aus. Dieser Aspekt ist besonders bei auf Langfristigkeit angelegten Verträgen wie einer privaten Krankenversicherung wichtig. Unter Beitragsstabilität verstehen wir die mittelfristige Entwicklung der Beitragssteigerung auf oder unter Niveau relevanter Mitbewerber sowie mittelfristig Kostensteigerungen in unseren wesentlichen Hauptverkaufstarifen unterhalb der medizinischen Inflation.

Sehr hohe Finanzstärke

AXA Krankenversicherung und DBV Krankenversicherung gehören zu den wenigen Krankenversicherern, die von der renommierten Ratingagentur Fitch als „sehr finanzstark“ (AA-) beurteilt wurden. Dies bedeutet eine sehr hohe wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, den Verpflichtungen gegenüber den Versicherungsnehmern nachkommen zu können. Hier zeigt sich der Vorteil der AXA Gruppe als finanzstarkem Konzern.

Rund um die Gesundheit Ihrer Kunden immer gut betreut

Wo sich immer häufiger alles um die Kosten dreht, wird menschliches Engagement umso kostbarer. Bei uns findet Ihr Kunde es. In jeder Situation. In allen Bereichen. Wir sind für ihn und seine Gesundheit da. Mit aktiver Unterstützung, fachlicher Kompetenz, individuellen Lösungen und allen Leistungen, die ein modernes Gesundheitsmanagement zu bieten hat. Wir helfen ihm, gesund zu bleiben – und im Krankheitsfall wieder gesund zu werden. Mehr dazu finden Sie im Kapitel „gesundheitsservice360°“.

Wie Sie Ihren Kranken-Voll-Bestand wirksam gegen Wettbewerbsangriffe schützen können

Überprüfen Sie einfach den aktuellen Versicherungsschutz Ihrer Kunden und decken damit evtl. vorhandene Lücken oder Zusatzbedarf auf. Denn mit jeder Zusatzabsicherung wie z. B. Tagegeld oder stationärem Zusatzschutz binden Sie Ihre Kunden mehr an AXA bzw. DBV Krankenversicherung. Legen Sie besonderen Wert auf Abschluss einer Beitragsentlastung im Alter (Tarif BEA-U) bzw. auf eine Pflegeergänzungsversicherung.

Umstellungsangebot statt Kündigung

In der Regel können wir dem wechselgefährdeten Kunden angesichts drohender Kündigungsgefahr ein attraktives Umstellungsangebot in einen alternativen Tarif machen. Dabei ist zu beachten, dass bei beitragsmindernden Tarifumstellungen ggf. mit Leistungseinschränkungen zu rechnen ist.

Privatpatient ist nicht gleich Privatpatient

Vom Versicherer müssen nur diejenigen Leistungen erbracht werden, die in den AVBen aufgeführt sind. Kunde wie Vermittler müssen also die AVBen vollumfänglich lesen, um den gewünschten Versicherungsschutz auch tatsächlich zu erhalten. Privat ist nicht gleich privat: Die Vorstellung, eine PKV würde alles decken, ist falsch – die Unterschiede sind riesig!

Warum sind gute, klar formulierte Versicherungsbedingungen (AVBen) so wichtig?

- Sie bilden die vertraglich garantierte, lebenslange Leistungsgrundlage für den abgeschlossenen Vertrag
- Der Kunde hat einen Rechtsanspruch auf die in den AVBen verbrieften Leistungen
- Auf Kulanzen sollte sich der Kunde nicht verlassen, denn sie können jederzeit vom Versicherer eingestellt werden

Welche Kriterien müssen gute AVBen erfüllen?

- Existenzielle Leistungen müssen sehr gut abgedeckt sein, weil hierbei für den Kunden das höchste finanzielle Risiko besteht
- Der medizinische Fortschritt muss in den AVBen mit berücksichtigt sein
- Klare und eindeutige Formulierungen

Die Highlights unserer AVBen

Die AVBen von AXA sind absolut erstklassig, da alle existenziellen Risiken sehr gut abgedeckt sind.

Geltungsbereich nach Ablauf von 12 Monaten	Weltweiter Versicherungsschutz, zeitlich unbegrenzt bei entsprechender Vereinbarung (Verlängerungsgarantie)
Arzthonorare	In Deutschland bis zum Höchstsatz (3,5-fach GOÄ), sofern der Tarif Behandlung durch den Chefarzt vorsieht, stationär bis zum 5-fachen Satz, um besonders bei Schwererkrankungen einen Spezialisten hinzuziehen zu können – je nach Tarif auch darüber hinaus. Außerhalb Deutschlands orts- bzw. landesübliche Honorarregelungen
Umwandlungs-/ Teilkündigungsrecht	Im Falle einer Pflichtversicherung besteht die vertragliche Garantie, den Versicherungsschutz in Zusatztarife für ambulante Leistungen, stationäre Leistungen und Zahnleistungen umzuwandeln. In Ergänzung dazu verzichtet AXA auf das ordentliche Kündigungsrecht für Krankheitskostenteilversicherungen.
Offener Hilfsmittelkatalog	Alle wichtigen und existenziellen Hilfsmittel sind über den umfangreichen Katalog abgedeckt. Darüber hinaus werden Hilfsmittel nach vorheriger Zusage erstattet.
Heilmittel	Logopäden und Ergotherapeuten sind als Leistungserbringer anerkannt; Heilmittel und deren nicht-ärztliche Leistungserbringer sind ohne summenmäßige Begrenzung versichert.
AHB	Anschlussheilbehandlungen sind versichert, sofern der Rentenversicherungsträger nicht leisten muss.
Medizinische Serviceleistungen	Sind in den Bedingungen rechtlich verbrieft
Kriegsereignisse	Leistungen bei unvorhersehbarem Eintritt von Kriegsereignissen

Ausgezeichnete Tarife – so sieht uns die Fachpresse

Die Tarife der neuen AXA Krankenversicherung haben auch in der „Neuen Welt“ ein mehrfach ausgezeichnetes Preis-Leistungs-Verhältnis. Mit Innovationen wie zum Beispiel den Verhaltensboni für gesunde Lebensweise oder überzeugenden Serviceleistungen führen sie weiterhin die unabhängigen Bewertungslisten an:

Fitch
vergibt in 2012 für die AXA Krankenversicherung AG die Auszeichnung AA–, Finanzstärke sehr stark.

Focus Money
vergibt in der Ausgabe 43/2012 die Bewertung „Beste Gesundheitsservices“ für die AXA Krankenversicherung.

Standard & Poors
vergibt in 2012 für die AXA Krankenversicherung die Auszeichnung AA–, Finanzstärke ausgezeichnet.

Focus Money
vergibt in der Ausgabe 46/2012 für die Tarifgruppe B die beste Note in der Kategorie „Beste PKV-Beamtentarife Top-Schutz“.

Premium Circle
vergibt in 01/2012 für die Tarife Vital-N, VitalZ-N fünf PremiumPlusPoints.

Morgen&Morgen
bewertet im April 2012 die Pflegetagegeldtarife Flex 1, 2, 3 mit sehr gut (vier Sterne).

Focus Money
Ausgabe 47/2012 bewertet AXA als „Bester Krankenversicherer 2012“.

Finanztest
bewertet in Heft 05/2012 den Tarif DENT Premium mit sehr gut (Note 1,2).

Focus Money
Ausgabe 40/2012
Testsieg in der Rubrik „Beste Krankenversicherung Klassik Schutz“ für die Tarife EL Bonus-N, EPT-N, 541-N, 350E-N.

FocusMoney
Heft 36/2012
Pflegevorsorge Flex erhält die Höchstpunktzahl in der Rubrik „flexible Pflegetagegeldtarife“.

Tarifmöglichkeiten im Überblick

	Tarif	Seite
Wichtige Informationen für Ihr Kundengespräch		15
Übersicht der Leistungspakete		16
Kompaktschutz mit Selbstbehalt	Elementar Bonus-U, Elementar Bonus-UA KGSU-U, KGSU-UA	18 19
Komfortschutz mit Selbstbehalt	Vital 300-U, Vital 300-UA, Vital 900-U, Vital 900-UA	21
Zahnärztliche Behandlung	Kompakt Zahn-U, Kompakt Zahn-UA, Komfort Zahn-U, Komfort Zahn-UA, Premium Zahn-U, Premium Zahn-UA	24
Krankentagegeld für Arbeitnehmer und Selbstständige	KTG 21-U, KTG 28-U, KTGV 42-U, KTG 91-U, KTG 182-U	26
Kurtarif für Kostenerstattung oder wahlweise Tagegeld	KUR-U, KUR-UA	28
Krankenhaustagegeld	KHT-U, KHT-UA	240
Beitragsentlastung im Alter	BEA-U	30
Option auf höheren Versicherungsschutz	VIA	32

Wichtig

Die folgenden Tarifauszüge beschränken sich auf die wesentlichen Leistungsaussagen.
Eine umfassende und detaillierte Beschreibung der Leistungen und Leistungsbegrenzungen siehe AVB.

Wichtige Informationen für Ihr Kundengespräch

Arbeitgeberanteil
Für Arbeitnehmer gilt: Auch bei der privaten Vollversicherung zahlt der Arbeitgeber – steuerfrei – 50% des Beitrags, höchstens jedoch die Hälfte des Beitrags, der bei Anwendung des um 0,9% verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre (siehe Tabelle Seite 6).
Wir übersenden mit dem Versicherungsschein unaufgefordert eine Bescheinigung für den Arbeitgeber (siehe auch Stichwort **Arbeitgeberzuschuss).**

Beitragsersparnisse nutzen
Die Beitragsersparnisse können als zusätzliche Vorsorge zur Beitragsentlastung im Alter (siehe Seite 30) oder zur Schließung von Versorgungslücken im Bereich der Lebens- oder Unfallversicherung genutzt werden.

Card für Privatversicherte (ChipCard)
Die Card für Privatversicherte (ChipCard) bietet einen besonderen Service bei Krankenhausbehandlungen: Sie erspart Aufnahmeformalitäten und Vorauszahlungen. Auf der ChipCard sind persönliche Daten zum Versicherten gespeichert – Name, Anschrift und Geburtsdatum. So kann auch in der ambulanten Arztpraxis der Verwaltungsaufwand verringert werden. Der Kunde erhält mit Versicherungsbeginn die Karte. Ist der Versicherungsschutz eingeschränkt, z. B. durch Leistungsausschlüsse, Zahlungsverzug oder Ruhensvereinbarung, erhält der Kunde keine ChipCard. Im Falle eines Leistungsausschlusses kann eine ChipCard ausgestellt werden, sofern der Kunde eine speziell auf diesen Fall bezogene Erklärung abgibt. Krankenhäuser, die diesem Verfahren nicht angeschlossen sind, können von uns eine Erstattungszusage anfordern. Wir rechnen dann die Kosten für Unterbringung und Pflege direkt mit dem Krankenhaus ab.

Flugrettung
Wir zahlen auch einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland (siehe auch Stichwort **Transportkosten).**

Kindernachversicherung
Neugeborene können innerhalb der ersten zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Geburtstermin ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten versichert werden, sofern ein Elternteil zum Zeitpunkt der Geburt mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist. Der Versicherungsschutz darf den gleichen Umfang und die gleiche Höhe wie der eines versicherten Elternteils haben, wobei der tarifliche Selbstbehalt sogar niedriger gewählt werden kann. Bei Frühgeburten verzichtet der Versicherer auf die Vorversicherungszeit eines Elternteils und versichert das Neugeborene ohne Wartezeiten und Risikozuschläge, wenn der Versicherungsvertrag des Elternteils angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war.

Kinder versichern
Beachten Sie bitte hierbei: Bei Überschreiten der Altersgrenzen vom Kind zum/zur Jugendlichen gilt der Beitrag der Altersgruppe für Jugendliche, da sich das Krankheitsrisiko von Kindern und Jugendlichen in einigen Tarifen unterscheidet. Für Versicherte, die das Erwachsenenalter erreichen, gilt der Beitrag der jüngsten Erwachsenengruppe. Ab diesem Zeitpunkt wird eine Rückstellung für das Alter gebildet. Daher erhöht sich der Beitrag entsprechend den AVB. Gleichzeitig gilt ab diesem Alter auch der gesetzliche Zuschlag. Welche Altersgrenzen jeweils gelten, entnehmen Sie bitte den Beitragstabellen. Ausnahme: Ausbildungstarife.

Kostenerstattung auch für unbezahlte Rechnungen
Behandlungsrechnungen erstatten wir generell auch dann, wenn sie noch nicht bezahlt sind.

Kündigung bei der GKV
Um die Krankenkasse zu kündigen, muss die Annahmebestätigung vorgelegt werden. Nehmen Sie den Antrag also mindestens zwei Monate vor Beginn auf. Eine Aufstellung der unterschiedlichen Kündigungsmöglichkeiten bei der GKV finden Sie unter dem Stichwort **Kündigung bei der GKV.**

Sachkostenliste bei zahnärztlicher Behandlung
In der Sachkostenliste für Zahntarife sind Höchstpreise für Labor- und Materialkosten bei zahnärztlicher Behandlung festgelegt. Damit wissen Zahnarzt und Patient bereits vor Erstellung eines Heil- und Kostenplanes, mit welcher Erstattung sie rechnen können. Außerdem ist bei Zahnersatz, Parodontosebehandlung oder Kieferorthopädie immer ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes mit dem Kostenvoranschlag des zahntechnischen Labors einzureichen. Bitte beachten Sie tarifspezifische Besonderheiten. Der Kunde erhält daraufhin eine verbindliche Leistungsaussage.

Wartezeiten
Egal, ob der Kunde bisher gesetzlich oder bereits privat versichert war: Bei unseren Vollversicherungen gibt es keine Wartezeiten.

Weltweiter Versicherungsschutz
Unter bestimmten Voraussetzungen haben Versicherte in der Krankenvollversicherung weltweiten Versicherungsschutz. Details entnehmen Sie bitte dem Stichwort **Auslandsschutz von AXA**.
Im Neugeschäft empfehlen wir unsere speziellen Auslandstarife. Bei medizinischer Notwendigkeit erstatten wir auch den Rücktransport nach Deutschland.

Übersicht der Leistungspakete

Leistungsbereiche	GKV
Jährliche Selbstbeteiligung	Eigenbeteiligungen in verschiedenen Bereichen + 10 EUR Praxisgebühr/Quartal
Ambulanter Schutz	
freie Arztwahl	nur Kassenärzte
Facharzt	mit Überweisung, sonst 10 EUR Praxisgebühr pro Quartal
Heilpraktiker	keine Leistungen
Naturheilverfahren	eingeschränkt (nur bei Kassenärzten)
Psychotherapie durch ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten	Vertragsärzte und zugelassene nichtärztliche Psychotherapeuten: 100 % – ggf. Praxisgebühr
Arzneimittel	Zuzahlung 10 %, mind. 5 EUR – max. 10 EUR eingeschränkte Verordnung
Heilmittel, z. B. Massagen, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie	Zuzahlung 10 %, zuzüglich 10 EUR je Verordnung
Hilfsmittel, z. B. Hörgeräte, Krankenfahrstühle, Bandagen	Zuzahlung 10 %, mind. 5 EUR – max. 10 EUR eingeschränkte Verordnung, leihweise Überlassung möglich
Sehhilfen	keine Leistung. Ausnahmen: Kinder/Jugendliche oder schwere Sehbeeinträchtigung
Vorsorgeuntersuchungen	ja, nach gesetzlichen Programmen mit Altersgrenzen
Transportkosten	nur in Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung, 10 % Zuzahlung, mind. 5 EUR – max. 10 EUR
Stationärer Schutz	
freie Krankenhauswahl	nein (abhängig von Kasse)
Privatärztliche Behandlung	nein
Unterkunft	Mehrbettzimmer
Zuzahlungen	ja, 10 EUR pro Tag bis max. 28 Tage/KJ
Transportkosten	ja, bei med. Notwendigkeit. Zuzahlung mind. 5 EUR – max. 10 EUR pro Fahrt
Zahnschutz	
Zahnbehandlung	100 % (mit Einschränkungen) (Praxisgebühr)
Zahnersatz	befundorientierte Festzuschüsse, bei regelm. Prophylaxe Bonus 20 %/30 %
Inlays	nur in Höhe der Kosten für Amalgamfüllungen
Kieferorthopädie	für Erwachsene nur in Ausnahmefällen, für Kinder 100 % (nach KIG)
Zahnstaffel	nein
Sonstige Besonderheiten	
Gebührenordnung	vergleichbar mit einfachem Satz der GOÄ/GOZ
Geltungsbereich	EU- und EWR-Länder und Länder mit Sozialversicherungsabkommen
Beitragsrückerstattung	je nach Krankenkasse und Wahltarif
Verhaltensbonus	je nach Krankenkasse und Wahltarif

Übersicht der Leistungspakete

	Elementar Bonus-U, Kompakt Zahn-U*	Vital-U, Komfort Zahn-U*
	360 EUR ambulant + stationär Kinder/Jugendliche die Hälfte	300/900 EUR ambulant + stationär Kinder/Jugendliche die Hälfte
Ambulanter Schutz		
	ja (Einschränkung beim Facharzt)	ja
	100 % bei Erstbehandlung durch Allgemeinmediziner, sonst 75 %	100 %
	75 % bis Höchstbetrag GebüH, max. 1.000 EUR p. a.	100 % bis Höchstbetrag GebüH, max. 1.000 EUR p. a.
	Heilpraktiker und Arzt	Heilpraktiker und Arzt
	70 % für die ersten 50 Sitzungen pro Jahr	100 % für die ersten 30 Sitzungen 80 % für die 31. – 60. Sitzung 70 % ab der 61. Sitzung
	100 % (Einschränkung beim Facharzt)	100 %
	75 %	90 %
	100 %, wenn der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird, sonst 75 % – offener Hilfsmittelkatalog	100 %, wenn AXA mit der Beschaffung beauftragt wird, sonst 75 % – offener Hilfsmittelkatalog
	max. 100 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren	max. 250 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren
	100 % nach gesetzl. Programmen ohne Altersgrenzen, selbstbehaltneutral, BRE-neutral	100 % nach gesetzl. Programmen ohne Altersgrenzen, selbstbehaltneutral, BRE-neutral
	100 % bei Unfall/Notfall	100 % bei Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, 75–100% bei Serienfahrten wegen Strahlentherapie/Chemotherapie oder Dialyse
Stationärer Schutz		
	ja	ja
	nein – Anbündelung KGSU-U möglich	ja
	Mehrbettzimmer – Anbündelung KGSU-U möglich	Zweibettzimmer, bei Unfall oder gegen Zuzahlung von 50 EUR pro Tag Einbettzimmer
	nein	nein
	100 % zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus	100 % zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
Zahnschutz		
	100 %	100 %
	60 %,70 % bei dreijähriger Prophylaxe (einschließlich Inlays)	75 %, 85 % bei dreijähriger Prophylaxe
	70 % bis 18 Jahre, darüber hinaus 60 %	85 % bis 18 Jahre, darüber hinaus 75 %
	ja	ja
Sonstige Besonderheiten		
	ärztliche/technische Leistungen bis 3,5/2,5-fach, Laborleistungen 1,3-fach	Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus bei Honorarvereinbarung
	6 Monate Weltgeltung ab 13. Monat	6 Monate Weltgeltung ab 13. Monat
	aus EL Bonus-U	aus Vital-U
	BMI-, Nichtraucherbonus für Erwachsene, Sportabzeichenbonus, ambulante OP-Bonus (nicht für Ausbildungsvariante)	BMI-, Nichtraucher- und Primärarztbonus für Erwachsene, Sportabzeichenbonus (nicht für Ausbildungsvariante)

* auch andere Zahntarife möglich

Nutzen Sie beim Verkaufsgespräch die Vorteile des
gesundheitsservice360°

Elementar Bonus-U

Durch den günstigen Beitrag und mit Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus vor allem für preis- und gesundheitsbewusste Kunden interessant. Ideal für Existenzgründer, junge Selbstständige und „Kleinfamilien“. Elementar Bonus-U kann mit einem der vorhandenen Zahntarife der Vollversicherung kombiniert werden.

Tarifauszug: Elementar Bonus-U, Elementar Bonus-UA

Selbstbehalt pro Versicherungsjahr

360 EUR pro Versicherungsjahr für ambulante und stationäre Leistungen. Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Schutzimpfungen sowie die Entbindungspauschale unterliegen nicht dem Selbstbehalt. Für Kinder und Jugendliche gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 19. Lebensjahr vollendet wird, die Hälfte des Selbstbehaltes.

Ambulante Behandlung/Kostenerstattung

100 % für Heilbehandlung durch Allgemeinmediziner oder praktischen Arzt einschließlich verordneter Arzneimittel

75 % für Facharzt (100 % bei Gynäkologe, Kinder- und Augenarzt) einschließlich verordneter Arzneimittel

100 % für Facharzt einschließlich verordneter Arzneimittel bei Erstbehandlung durch Allgemeinmediziner oder praktischen Arzt

70 % für Psychotherapie, bis zu 50 Sitzungen pro Jahr

75 % für Behandlung durch Heilpraktiker einschließlich Arzneimittel bis zu 1.000 Euro pro Versicherungsjahr

100 % für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzl. Programmen ohne Altersgrenze ohne Anrechnung auf Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung

75 % für Heilmittel

100 % für Hilfsmittel, wenn der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird, sonst 75 % – offener Hilfsmittelkatalog nach vorheriger Zusage

100 % für Sehhilfen bis max. 100 Euro in 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren

100 % für operative Sehschärfenkorrektur bei medizinischer Notwendigkeit, bis zu 400 EUR pro Auge. Erneuter Anspruch nach 10 Jahren.

100 % der Transportkosten zu/von der nächstgelegenen ambulanten Heilbehandlung bei Unfall/Notfall.

100 % für Schutzimpfungen, die von der „StIKo“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden. Die Erstattung erfolgt ohne Anrechnung auf Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung.

Krankenhausbehandlung/Kostenerstattung

100 % für stationäre Behandlung im Krankenhaus
– allgemeine Krankenhausleistungen –
wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung

100 % der Transportkosten zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus

100 % der Unterbringungskosten (max. 5 Tage) für eine Begleitperson eines Kindes bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres

100 EUR bei einer Hausentbindung; bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache

Keine Leistungen für: Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Sterilisation aus nicht-medizinischen Gründen

Optionen: Versicherte haben das Recht, zu bestimmten Anlässen ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen höheren/umfangreicheren Versicherungsschutz zu wechseln. Anlässe: Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung, beruflicher Statuswechsel, Entsendung ins Ausland aus beruflichen Gründen, einmalig bei Eheschließung, Geburt/Adoption eines Kindes, Beginn der Berufsausbildung eines Kindes, zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.

Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus

Für leistungsfreie Kalenderjahre wird eine Beitragsrückerstattung gezahlt (Weitere Voraussetzungen siehe Stichwort **Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus).**

Verhaltensbonus

Für Nichtraucher, Einhaltung eines Body-Mass-Index im Normalbereich, bei Vorlage eines deutschen Sportabzeichens und für ambulante Operationen wird ein Verhaltensbonus gewährt. Bitte vergleichen Sie hierzu das Stichwort **Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus.**

Wichtig

Eine Anbindung von stationären Wahlleistungen ist ausschließlich über den Tarif KGSU-U möglich.

Erstbehandlung durch Internisten: Nur unter folgenden Voraussetzungen kann auch für die Erstbehandlung durch einen namentlich genannten Internisten eine Erstattung zu 100 % erfolgen:
- Der Internist wird im Antrag als Hausarzt genannt.
- Der Versicherer überprüft anhand eines Arztberichtes den Behandlungsverlauf der letzten Jahre.
- Hat der Internist den Antragsteller nachvollziehbar über mehrere Jahre als Hausarzt behandelt, so kann dokumentiert werden, dass dieser Internist hinsichtlich der tariflichen Leistung einem praktischen Arzt gleichgestellt wird.

Hinweis

Weitere sinnvolle Ergänzungen, z. B. stationäre Ergänzung KGSU-U, Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld bis 60 Euro, Pflegeergänzung, Beitragsentlastung im Alter, Kurkostenversicherung.
Obligatorisch: Pflegepflichtversicherung, Zahnschutz

Privatpatient im Krankenhaus bei schweren Erkrankungen und Unfallfolgen

KGSU-U ist die optimale Ergänzung für stationären Versicherungsschutz im „Fall der Fälle“.
Bei Schwersterkrankungen oder schweren Unfallfolgen ist Ihr Kunde Privatpatient im Krankenhaus.

Tarifauszug: KGSU-U, KGSU-UA

Krankenhausbehandlung – Kostenerstattung
KGSU-U hält einzigartig am Markt ein ganz besonderes Plus für Ihre Kunden bereit: Tritt während der Laufzeit eine Schwersterkrankung auf, besteht Versicherungsschutz als Privatpatient im Krankenhaus!
Als Schwersterkrankung sind im Tarif definiert:
- Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs
- als schwere Unfallfolgen:
  - dauerhafte Lähmungen von mindestens 2 Gliedmaßen oberhalb von Hand- bzw. Fußgelenk
  - Koma von mindestens 96 Stunden
  - Verbrennungen 3. Grades an mehr als 18 % der Körperoberfläche

Wird eine dieser Schwersterkrankungen oder schweren Unfallfolgen ärztlich diagnostiziert, besteht ab ärztlicher Feststellung auch für alle weiteren Krankheiten folgender Versicherungsschutz:

100 % **für privatärztliche Behandlung** im Krankenhaus **– im Ein- oder Zweibettzimmer**
100 % der Transportkosten zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
100 % für persönlich durch den Chefarzt erbrachte Leistungen bis zum 5-fachen Satz der GOÄ bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung mit dem Patienten

Wichtig

KGSU-U(A) ist zusammen mit Elementar Bonus-U(A) abschließbar.

Elementar Bonus-U (EL Bonus-U), KGSU-U – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR inklusive 10 % gesetzlichen Zuschlag**

Alter*	EL Bonus-U	KGSU-U	Alter*	EL Bonus-U	KGSU-U
0 – 14	85,98	1,71	47	246,54	30,35
15 – 19	85,98	1,71	48	253,43	31,44
20	134,34	11,78	49	260,55	32,52
21	137,81	12,23	50	267,85	33,59
22	141,44	12,71	51	275,44	34,66
23	145,13	13,20	52	283,25	35,72
24	148,73	13,70	53	291,29	36,76
25	152,21	14,20	54	299,39	37,79
26	155,51	14,72	55	307,43	38,79
27	158,70	15,25	56	315,50	39,78
28	161,78	15,77	57	323,60	40,73
29	164,84	16,31	58	331,78	41,68
30	167,97	16,86	59	339,90	42,60
31	171,14	17,44	60	316,35	39,56
32	174,25	18,02	61	323,72	40,35
33	177,44	18,62	62	331,07	41,13
34	180,83	19,26	63	338,36	41,89
35	184,37	19,91	64	345,52	42,63
36	188,12	20,59	65	348,22	42,29
37	192,08	21,31	66	355,22	42,99
38	196,25	22,04	67	362,25	43,67
39	200,67	22,83	68	369,36	44,35
40	205,39	23,63	69	376,50	45,00
41	210,40	24,49	70	383,68	45,26
42	215,68	25,38	71	390,84	45,52
43	221,40	26,31	72	398,10	45,78
44	227,33	27,28	73	405,36	46,02
45	233,51	28,27	74	412,50	46,26
46	239,90	29,29	75	420,00	46,44

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-Jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10 %. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

Elementar Bonus-U Ausbildung (EL Bonus-UA), KGSU-U Ausbildung (KGSU-UA)

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	EL Bonus-UA	KGSU-UA	Alter*	EL Bonus-UA	KGSU-UA
20	53,90	1,30	28	71,72	1,32
21	53,90	1,30	29	72,41	1,32
22	53,95	1,30	30	73,85	1,33
23	57,32	1,31	31	78,02	1,33
24	60,28	1,31	32	79,19	1,33
25	64,17	1,31	33	79,19	1,33
26	67,32	1,31	34	79,19	1,33
27	70,02	1,31			

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Vital-U

Tarifauszug: Vital300-U, Vital300-UA, Vital900-U, Vital900-UA

Selbstbehalt pro Versicherungsjahr

300/900 Euro pro Versicherungsjahr **für ambulante und stationäre Leistungen.** Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Schutzimpfungen sowie Ersatz-KHT und Entbindungspauschale unterliegen nicht dem Selbstbehalt. Für Kinder und Jugendliche gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 19. Lebensjahr vollendet wird, die Hälfte des Selbstbehaltes.

Ambulante Behandlung/Kostenerstattung

100 % für Heilbehandlung einschließlich Arznei- und Verbandmittel

100 % für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen ohne Einhaltung von Altersgrenzen und ohne Anrechnung auf Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung

100 % für Behandlung durch Heilpraktiker einschließlich Arzneimittel bis zu 1.000 Euro pro Versicherungsjahr

100 % für Psychotherapie von der 1. bis zur 30. Sitzung, 80 % von der 31. bis zur 60. Sitzung, 70 % ab der 61. Sitzung

100 % für Hilfsmittel, wenn der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird, sonst 75 % – offener Hilfsmittelkatalog nach vorheriger Zusage

100 % für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) bis zu 250 Euro in zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren

90 % für Heilmittel

100 % für operative Sehschärfekorrektur bei medizinischer Notwendigkeit

100 % der Transportkosten zu/von der nächstgelegenen ambulanten Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall

75 % der Transportkosten für Serienfahrten bei Strahlentherapie/Chemotherapie und Dialyse – 100 % bei Organisation durch den Versicherer

100 % für Schutzimpfungen, die von der „StIKo“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden. Die Erstattung erfolgt ohne Anrechnung auf Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung

100 % für ambulante Kurbehandlung

Krankenhausbehandlung/Kostenerstattung

100 % für stationäre Behandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung – Zweibettzimmer, Privatarzt –
– bei Unfall: Einbettzimmer, Privatarzt –

100 % der Transportkosten zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus

100 % der Unterbringungskosten (max. 5 Tage) für eine Begleitperson eines Kindes bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres

500 EUR bei Hausentbindung pauschal; bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache

Ersatzleistungen bei Krankenhausaufenthalt

70 EUR/Tag Ersatz-KHT bei Wahl der allgemeinen Pflegeklasse

40 EUR/Tag Ersatz-KHT bei Wahl des Zweibettzimmers ohne Privatarzt

30 EUR/Tag Ersatz-KHT bei Wahl des Mehrbettzimmers mit Privatarzt

50 EUR/Tag Eigenanteil bei Unterbringung im Einbettzimmer, wenn der stationäre Aufenthalt nicht unfallbedingt ist

Optionen: Versicherte haben das Recht, zu bestimmten Anlässen ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen höheren/umfangreicheren Versicherungsschutz zu wechseln. Anlässe: Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung, beruflicher Statuswechsel, Entsendung ins Ausland aus beruflichen Gründen, einmalig bei Eheschließung, Geburt/Adoption eines Kindes, Beginn der Berufsausbildung eines Kindes, zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.

Beitragsfreiheit in der Elternzeit

Beitragsfrei während der ersten sechs Monate, in denen Elterngeld bezogen wird (gilt nicht für die Ausbildungsvariante).

Gebührenordnung

Leistungen werden bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung auch über den Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte hinaus ohne vorherige Zusage erstattet.

Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus

Für leistungsfreie (komplette) Kalenderjahre wird eine Beitragsrückerstattung gezahlt. (Weitere Voraussetzungen siehe Stichwort **Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus.**) Alternativ zur Beitragsrückerstattung gibt es für Versicherte ab 20 Jahre **125 Euro Primärarztbonus** für jedes Versicherungsjahr, in dem zwar ärztliche Heilbehandlung in Anspruch genommen wurde, aber die Erstbehandlung stets von einem Primärarzt (praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin, Augenarzt oder Gynäkologe) durchgeführt wurde. Beitragsrückerstattung und Primärarztbonus schließen sich gegenseitig aus: Für ein Versicherungsjahr kann entweder die Beitragsrückerstattung oder der Primärarztbonus ausgezahlt werden.

Verhaltensbonus

Für Nichtraucher, Einhaltung eines Body-Mass-Index im Normalbereich und bei Vorlage eines deutschen Sportabzeichens wird ein Verhaltensbonus gewährt. Bitte vergleichen Sie hierzu das Stichwort **Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus.**

Begrenzungen/Ausschlüsse

Keine Leistung für stationäre Kuren, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Hinweis

Weitere sinnvolle Ergänzungen, z. B.
Krankentagegeld, Pflegeergänzung, Beitragsentlastung im Alter, Kurkostenversicherung.
Obligatorisch: Pflegepflichtversicherung, Zahnschutz

Vital300-U, Vital900-U – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR inklusive 10 % gesetzlichen Zuschlag**

Alter*	Vital300-U	Vital900-U	Alter*	Vital300-U	Vital900-U
0 – 14	141,69	93,35	47	565,33	433,59
15 – 19	141,69	93,35	48	583,62	446,64
20	268,57	240,06	49	602,51	459,93
21	274,03	244,17	50	622,03	473,46
22	281,58	249,91	51	642,21	487,19
23	289,99	255,81	52	663,31	501,06
24	298,98	262,33	53	685,15	514,99
25	307,79	269,35	54	707,62	528,95
26	316,69	275,67	55	730,81	543,04
27	325,35	282,01	56	754,85	557,41
28	333,64	287,43	57	779,92	571,99
29	341,99	292,83	58	806,14	587,05
30	350,19	298,11	59	832,70	602,15
31	358,72	303,15	60	781,62	561,29
32	367,35	308,10	61	806,75	575,27
33	376,27	312,97	62	832,56	589,42
34	385,62	317,90	63	859,18	603,41
35	395,45	322,88	64	885,80	617,48
36	405,65	328,36	65	900,71	623,37
37	416,15	334,79	66	927,25	637,13
38	428,04	341,64	67	953,81	650,94
39	440,66	349,24	68	980,71	664,78
40	453,89	357,49	69	1.006,71	678,41
41	467,91	366,43	70	1.031,61	692,19
42	482,56	376,15	71	1.055,45	705,86
43	498,06	386,78	72	1.078,04	719,45
44	514,05	397,75	73	1.099,02	733,09
45	530,59	409,20	74	1.119,99	746,78
46	547,70	421,08	75	1.141,04	760,56

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-Jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10 %. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

Vital300-UA, Vital900-UA

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	Vital300-UA	Vital900-UA	Alter*	Vital300-UA	Vital900-UA
20	121,66	101,31	28	167,89	137,96
21	121,66	101,31	29	174,29	142,30
22	121,66	101,31	30	180,69	146,64
23	129,62	107,77	31	187,09	150,98
24	137,59	114,23	32	193,49	155,33
25	145,56	120,69	33	193,49	155,33
26	153,52	127,15	34	193,49	155,33
27	161,49	133,61			

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Zahnärztliche Behandlung

Tarifauszug: Kompakt Zahn-U, Kompakt Zahn-UA, Komfort Zahn-U, Komfort Zahn-UA, Premium Zahn-U, Premium Zahn-UA

	Kompakt Zahn-U	Komfort Zahn-U	Premium Zahn-U
Zahnbehandlung	100 %	100 %	100 %
Zahnprophylaxe	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz einschließlich Inlays	60 % 70 %, wenn in den 3 Versicherungsjahren, die dem Beginn der Zahnersatzmaßnahme vorausgingen, Zahnprophylaxe durchgeführt wurde und der Tarif bestanden hat	75 % 85 %, wenn in den 3 Versicherungsjahren, die dem Beginn der Zahnersatzmaßnahme vorausgingen, Zahnprophylaxe durchgeführt wurde und der Tarif bestanden hat	90 %
Kieferorthopädie	70 %, wenn die Maßnahme vor dem 18. Geburtstag begonnen wurde, ansonsten 60 %	85 %, wenn die Maßnahme vor dem 18. Geburtstag begonnen wurde, ansonsten 75 %	100 %, wenn die Maßnahme vor dem 18. Geburtstag begonnen wurde, ansonsten 90 %
Zahnstaffel	Begrenzung auf maximale Leistung im 1. Jahr 500 EUR 1.–2. Jahr 1.000 EUR 1.–3. Jahr 1.500 EUR 1.–4. Jahr 2.000 EUR Keine Begrenzung bei Unfall	Begrenzung auf maximale Leistung im 1. Jahr 1.000 EUR 1.–2. Jahr 2.000 EUR 1.–3. Jahr 3.000 EUR 1.–4. Jahr 4.000 EUR Keine Begrenzung bei Unfall	Begrenzung auf maximale Leistung im 1. Jahr 2.000 EUR 1.–2. Jahr 4.000 EUR 1.–3. Jahr 6.000 EUR 1.–4. Jahr 8.000 EUR Keine Begrenzung bei Unfall
Heil- und Kostenplan	Für Zahnersatz ab 1.000 EUR Pflicht, ansonsten wird die Leistung um die Hälfte reduziert	Für Zahnersatz ab 1.000 EUR Pflicht, ansonsten wird die Leistung um die Hälfte reduziert	Für Zahnersatz ab 1.000 EUR Pflicht, ansonsten wird die Leistung um die Hälfte reduziert
Material- und Laborkosten	Gemäß Sachkostenliste III	Gemäß Sachkostenliste I	Gemäß Sachkostenliste I
Beitragsfreiheit bei Bezug von Elterngeld	–	6 Monate (gilt nicht für Ausbildungsvariante)	6 Monate (gilt nicht für Ausbildungsvariante)
Gebührenordnung	Leistungen bis zu den Höchstsätzen der GOZ	Leistungen bis zu den Höchstsätzen der GOZ	Leistungen bis zu den Höchstsätzen der GOZ

Hinweis

Die Zahntarife können nur als Ergänzung zu einer Krankheitskostenversicherung mit ambulanten und/oder stationären Leistungen abgeschlossen werden. Mit Ende dieser Versicherung endet auch der Versicherungsschutz des Zahntarifes. Weitere Informationen siehe Stichwort **Zahnärztliche Leistungen.**

Optionen: Versicherte haben das Recht, zu bestimmten Anlässen ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen höheren/umfangreicheren Versicherungsschutz zu wechseln. Anlässe: Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung, beruflicher Statuswechsel, Entsendung ins Ausland aus beruflichen Gründen, einmalig bei Eheschließung, Geburt/Adoption eines Kindes, Beginn der Berufsausbildung eines Kindes, zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.

Kompakt Zahn-U, Komfort Zahn-U, Premium Zahn-U – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR inklusive 10 % gesetzlichen Zuschlag**

Alter*	Kompakt Zahn-U	Komfort Zahn-U	Premium Zahn-U	Alter*	Kompakt Zahn-U	Komfort Zahn-U	Premium Zahn-U
0 – 14	36,58	41,55	47,64	47	60,46	87,78	101,10
15 – 19	36,58	41,55	47,64	48	60,74	88,43	101,86
20	48,85	63,65	71,15	49	61,02	89,06	102,60
21	49,48	64,98	72,63	50	61,25	89,63	103,27
22	50,14	66,32	74,12	51	61,47	90,16	103,92
23	50,80	67,66	75,61	52	61,69	90,67	104,53
24	51,41	68,94	77,07	53	61,86	91,15	105,13
25	52,02	70,13	78,42	54	62,04	91,60	105,69
26	52,55	71,28	79,74	55	62,19	92,03	106,21
27	53,04	72,37	80,98	56	62,30	92,42	106,71
28	53,50	73,43	82,23	57	62,39	92,79	107,17
29	53,94	74,40	83,42	58	62,46	93,12	107,59
30	54,38	75,33	84,57	59	62,54	93,48	108,05
31	54,80	76,18	85,69	60	56,89	85,26	98,58
32	55,19	76,99	86,78	61	56,89	85,52	98,91
33	55,57	77,75	87,87	62	56,88	85,78	99,23
34	55,95	78,49	88,94	63	56,90	86,12	99,62
35	56,32	79,21	89,98	64	56,94	86,42	99,99
36	56,67	79,90	91,04	65	55,63	84,63	97,92
37	57,04	80,58	92,06	66	55,65	84,80	98,12
38	57,40	81,26	93,08	67	55,67	84,90	98,24
39	57,74	81,95	94,09	68	55,67	84,90	98,24
40	58,08	82,64	95,06	69	55,67	84,90	98,24
41	58,43	83,37	95,99	70	55,67	84,90	98,24
42	58,76	84,11	96,88	71	55,67	84,90	98,24
43	59,10	84,88	97,76	72	55,67	84,90	98,25
44	59,46	85,62	98,60	73	55,67	84,90	98,24
45	59,81	86,37	99,47	74	55,67	84,90	98,24
46	60,16	87,11	100,32	75	55,67	84,90	98,24

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-Jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10 %. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

Kompakt Zahn-UA, Komfort Zahn-UA, Premium Zahn-UA

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	Kompakt Zahn-UA	Komfort Zahn-UA	Premium Zahn-UA	Alter*	Kompakt Zahn-UA	Komfort Zahn-UA	Premium Zahn-UA
20	31,86	32,66	35,88	28	37,13	41,18	43,37
21	31,86	32,66	35,88	29	37,61	43,11	44,94
22	31,88	32,66	35,88	30	38,22	44,94	46,39
23	32,81	34,09	36,86	31	39,29	46,86	47,94
24	33,50	35,50	38,50	32	39,91	49,02	49,37
25	34,79	36,31	39,44	33	40,46	50,10	50,62
26	35,54	37,68	41,03	34	40,85	51,17	52,24
27	36,42	39,02	41,94				

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Krankentagegeld für Arbeitnehmer und Selbstständige

Tarifauszug: KTG 21-U, KTG 28-U, KTGV 42-U, KTG 91-U, KTG 182-U

Zahlung des versicherten Krankentagegeldes bei völliger Arbeitsunfähigkeit als Entschädigung für Verdienstausfall.
Nach Ablauf von 21, 28, 42, 91 oder 182 leistungsfreien Tagen seit Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit wird das versicherte Krankentagegeld (ab 10 Euro) je Kalendertag ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit gezahlt.
Arbeitnehmer erhalten mindestens während der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit Lohn und Gehalt weiter. Einzelheiten siehe Stichwort **Gehaltsfortzahlung.**

Hinweis

- Wird die Krankentagegeldversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenvollversicherung bei AXA abgeschlossen, gelten keine Wartezeiten, d. h., es besteht direkt voller Versicherungsschutz. Außerdem verzichtet AXA in diesem Fall auf das bei Selbstständigen bestehende ordentliche Kündigungsrecht in den ersten drei Jahren.
- Bei einer Erhöhung des Einkommens können Versicherte innerhalb von 2 Monaten Ihr Krankentagegeld an die geänderte Einkommenssituation ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten anpassen.
- Darüber hinaus bietet AXA allen Kunden, die noch kein Krankentagegeld bezogen haben, jährlich eine Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten an. Die Kunden können dieses Angebot annehmen, um ihr Krankentagegeld an ein gestiegenes Einkommen anzupassen oder um eine ggf. noch vorhandene Absicherungslücke zu schließen.

Wichtig

Annahmerichtlinien
Arbeitnehmer können grundsätzlich 80 % ihres regelmäßigen Bruttoverdienstes versichern. Ausnahmen und Einzelheiten siehe Kapitel **Annahmerichtlinien.**
Selbstständige und Freiberufler können grundsätzlich 80 % des Gewinns vor Steuern aus selbstständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft versichern. Die Absicherung der laufenden Betriebskosten ist nicht möglich. Ausnahmen und Einzelheiten siehe Kapitel **Annahmerichtlinien.**

Hinweis

Längere Karenzzeiten bedeuten Beitragsersparnis
Eine Staffelung des Krankentagegeldes bewirkt mehr Leistung bei längerer ernsthafter Erkrankung.
Eine Kombination mit Krankenhaustagegeld ist empfehlenswert, da zusätzliches Bargeld ab dem ersten Tag des Krankenhausaufenthaltes zur Verfügung steht.

Krankentagegeld – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR je 10 EUR versichertes Krankentagegeld

Alter*	KTG 21-U **	KTG 28-U **	KTGV 42-U ***	KTG 91-U	KTG 182-U
20	6,22	4,94	3,26	1,84	0,75
21	6,39	5,08	3,31	1,87	0,77
22	6,57	5,22	3,36	1,91	0,78
23	6,77	5,37	3,41	1,95	0,80
24	6,98	5,52	3,47	2,00	0,82
25	7,20	5,67	3,53	2,05	0,84
26	7,43	5,82	3,60	2,10	0,86
27	7,68	5,96	3,67	2,15	0,88
28	7,93	6,11	3,75	2,21	0,91
29	8,18	6,25	3,83	2,26	0,93
30	8,45	6,40	3,93	2,32	0,95
31	8,72	6,56	4,03	2,39	0,98
32	9,01	6,72	4,14	2,45	1,01
33	9,31	6,89	4,27	2,53	1,04
34	9,62	7,07	4,40	2,60	1,07
35	9,94	7,26	4,55	2,68	1,10
36	10,27	7,46	4,70	2,77	1,14
37	10,61	7,67	4,87	2,86	1,17
38	10,97	7,88	5,05	2,96	1,22
39	11,33	8,10	5,25	3,07	1,26
40	11,70	8,32	5,46	3,18	1,30
41	12,09	8,57	5,68	3,31	1,36
42	12,48	8,83	5,92	3,44	1,41
43	12,90	9,09	6,19	3,58	1,47
44	13,32	9,37	6,46	3,74	1,53
45	13,78	9,64	6,74	3,89	1,59
46	14,25	9,95	7,02	4,06	1,66
47	14,75	10,25	7,31	4,23	1,73
48	15,28	10,58	7,62	4,42	1,81
49	15,84	10,91	7,94	4,61	1,89
50	15,89	10,86	8,09	4,63	1,90
51	16,49	11,19	8,43	4,82	1,97
52	17,15	11,53	8,79	5,01	2,05
53	17,86	11,88	9,18	5,19	2,12
54	18,61	12,25	9,56	5,39	2,20
55	19,15	12,43	9,63	5,50	2,25
56	19,45	12,44	9,81	5,54	2,26
57	20,06	12,63	10,14	5,64	2,31
58	20,70	12,78	10,45	5,74	2,34
59	21,48	13,06	10,83	5,88	2,40
60	22,22	13,34	11,19	6,02	2,46
61	22,96	13,55	11,53	6,15	2,50
62	23,56	13,82	11,85	6,28	2,56
63	24,04	14,07	12,13	6,40	2,60
64	24,84	14,24	12,43	6,53	2,64

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.
** nur für Selbstständige.
*** nur in Verbindung mit einer Krankenvollversicherung unseres Unternehmen.

Kurtarif für Kostenerstattung oder wahlweise Tagegeld

Mitglieder der gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung haben alle vier Jahre Anspruch auf eine stationäre Kur für 21 Tage. Hier bietet sich das Kurtagegeld zur Absicherung des täglichen Eigenanteils von 10 Euro (alle Bundesländer) an. Alle übrigen Versicherten müssen für eine stationäre Kur private Eigenvorsorge treffen.

Tarifauszug: KUR-U, KUR-UA

Genesungskur

100 % für Unterkunft und Verpflegung
100 % für Leistungen der Ärzte entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung
100 % für Arznei- und Verbandmittel
100 % für Heilmittel
100 % für Kurplan und Kurtaxe
Je versicherter Stufe (1 Stufe = 1 Euro) erhält der Versicherte eine Erstattung der Aufwendungen bis zu 1 Euro täglich, bis zur Dauer von 30 Tagen.

Als Genesungskur gilt ein Kuraufenthalt in einem Kur- oder Badeort oder in einer Heilstätte (Sanatorium), der spätestens 6 Monate nach Ablauf einer stationären Krankenhausbehandlung von mindestens 15-tägiger Dauer oder einer Krankenhausbehandlung von mindestens 10-tägiger Dauer in Verbindung mit einer Operation beginnt und zur Sicherstellung des Heilerfolges medizinisch notwendig ist. Die medizinische Notwendigkeit ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Sonstige Kur

100 % für Leistungen der Ärzte entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung
100 % für Arznei- und Verbandmittel
100 % für Heilmittel
100 % für Kurplan und Kurtaxe
Je versicherter Stufe (1 Stufe = 10 Euro) erhält der Versicherte eine Erstattung der Aufwendungen bis zu 10 Euro je Stufe.

Als sonstige Kur gilt ein medizinisch notwendiger Kuraufenthalt in einem Kur- oder Badeort oder in einer Heilstätte (Sanatorium), der im Übrigen die Voraussetzungen für eine Genesungskur nicht erfüllt. Die medizinische Notwendigkeit der sonstigen Kur ist durch ein ärztliches Attest vor Beginn des Kuraufenthaltes nachzuweisen.

Leistungen anstelle von Kostenersatz

Werden die Leistungen für eine Genesungskur nicht in Anspruch genommen, z. B. weil die gesetzliche Krankenversicherung Kurkosten übernommen hat, erhält der Kunde ein Kurtagegeld von **0,50 Euro je Stufe** je Kalenderjahr längstens bis zur Dauer von 30 Tagen. Bei einer sonstigen Kur erhält der Kunde eine Kurpauschale von **5,00 Euro je Stufe**.

Alle Leistungen dieses Tarifs können nur einmal innerhalb von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren in Anspruch genommen werden.

Wichtig

Als Höchstsätze gelten:
- für Genesungskuren mindestens 10 Euro, maximal 250 Euro pro Tag und
- für sonstige Kuren maximal 2.500 Euro insgesamt
- für Beihilfeberechtigte ist zusätzlich die Limitierung lt. Tarifgruppe BN1-U und BN2-U auf maximal 215 Stufen zu beachten.

1 Stufe entspricht 1 Euro für Genesungskuren und 10 Euro für sonstige Kuren.

Auszahlungsvoraussetzungen

Grundvoraussetzung ist das Einreichen von Originalrechnungen. Beteiligt sich ein weiterer Versicherer an den Kosten, sind Zweitschriften mit Erstattungsvermerk erforderlich. Für die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes benötigen wir eine Bescheinigung der Krankenanstalt, sofern Diagnose(n), Beginn und Ende der stationären Behandlung nicht aus den Kostenbelegen ersichtlich sind.

KUR-U – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR für 10 Stufen inklusive 10 % gesetzlichen Zuschlag**

Alter*	KUR-U	Alter*	KUR-U
0 – 14	0,06	47	0,42
15 – 19	0,06	48	0,44
20	0,15	49	0,45
21	0,15	50	0,47
22	0,17	51	0,48
23	0,17	52	0,51
24	0,18	53	0,53
25	0,19	54	0,55
26	0,19	55	0,57
27	0,20	56	0,58
28	0,21	57	0,61
29	0,21	58	0,63
30	0,22	59	0,64
31	0,23	60	0,60
32	0,24	61	0,62
33	0,24	62	0,64
34	0,25	63	0,65
35	0,26	64	0,66
36	0,28	65	0,66
37	0,29	66	0,67
38	0,30	67	0,68
39	0,31	68	0,69
40	0,32	69	0,70
41	0,33	70	0,70
42	0,35	71	0,71
43	0,36	72	0,72
44	0,37	73	0,73
45	0,39	74	0,73
46	0,41	75	0,74

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-Jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10 %. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

KUR-UA

Monatliche Beiträge in EUR für 10 Stufen

Alter*	KUR-UA	Alter*	KUR-UA
20	0,02	28	0,03
21	0,02	29	0,03
22	0,02	30	0,03
23	0,02	31	0,03
24	0,02	32	0,03
25	0,03	33	0,03
26	0,03	34	0,04
27	0,03		

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Beitragsentlastung im Alter

Der Tarif BEA-U ist eine ideale Ergänzung, insbesondere für alle Arbeitnehmer mit einer Krankheitskostenvollversicherung bei unserem Unternehmen. Gegen einen geringen Mehrbetrag in jungen Jahren wird eine deutliche Reduzierung der Beiträge für die Krankenversicherung ab dem 67. Lebensjahr bewirkt. Die Höhe dieser Reduzierung kann innerhalb der Höchstgrenzen frei gewählt werden. Die vereinbarte Beitragsentlastung wird garantiert.

Tarifauszug: BEA-U

Aufnahmefähigkeit

- Nur Personen mit einer **Krankheitskostenvollversicherung bei unserem Unternehmen**
- Mindestaufnahmealter **20 Jahre**
- Höchstaufnahmealter **61 Jahre**
- **Keine Gesundheitsprüfung**

Leistungen

Ab dem 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, ermäßigt sich die mtl. Beitragszahlung für die Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Pflegetarife um 10 Euro oder das versicherte Vielfache davon.
Nach Ablauf von 3 Jahren können Sie die Beitragsentlastung vorzeitig in Anspruch nehmen.

Anpassung

Bei **Veränderung des Beitrages** der Hauptversicherung kann der Tarif BEA-U entsprechend angepasst werden. Diese Möglichkeit endet mit Vollendung des 61. Lebensjahres.

Besondere Vorteile

Für Arbeitnehmer:
Der Tarif BEA-U ist arbeitgeberzuschussfähig! Das heißt: Der Arbeitgeber zahlt bis zu 50 % der Beitragsentlastung im Alter.

Für Freiberufler und Selbstständige:
Freiberufler und Selbstständige, die ggf. keine gesetzliche Rente bekommen, erhalten auch keinen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag im Rentenalter. Dies kann durch BEA-U kompensiert werden.

Beitragszahlung

Die Beitragszahlung erfolgt lebenslang.
Ab Alter 67 reduziert sich der BEA-U-Beitrag auf 25 %.

Höchstversicherungssummen (gültig nur für Privatwirtschaft)

Die maximal versicherbare BEA-Summe in der Vollversicherung beträgt **100 % des zugrundeliegenden Hauptversicherungs-Beitrags.** Hierzu zählen:

Alle „lebenslang" bei uns zu zahlenden Beiträge der Krankenversicherung einschließlich Risikozuschläge, aber ohne gesetzlichen Zuschlag, das bedeutet z. B. Beiträge einer:

- unbefristeten Krankheitskostenvollversicherung
- stationären Zusatzversicherung
- Krankenhaustagegeldversicherung

aber **keine** Beiträge für:

- die Krankentagegeldversicherung
- Optionstarife
- Ausbildungstarife
- ARL-U
- Pflegepflichtversicherung
- Pflegevorsorge Akut-U, Flex-U
- BEA-U

Von dem, was dann übrigbleibt, können ca. 100 % abgesichert werden, abgerundet auf ganze 10 Euro.

Beispiel: Mann, 34 Jahre

Vital 300-U	350,65 EUR + 35,06 EUR gZ
Komfort Zahn-U	71,35 EUR + 7,14 EUR gZ
KTGV 42-U/100	44,00 EUR (zählt nicht für BEA-U)
KHT-U/40	11,12 EUR
PVN	22,02 EUR
Gesamtbeitrag	499,05 EUR + 42,20 EUR gZ

Da die Tarife PVN und KTGV 42-U für BEA-U nicht zählen, sind diese von der Summe abzuziehen:
499,05 Euro ./. 66,02 Euro = 433,03 Euro maßgebender Beitrag für BEA-U.
100 % davon = 433,03 Euro, d. h. 430 Euro BEA-Summe können versichert werden (abgerundet auf ganze 10 Euro).

Hinweis

Beiträge für den Tarif BEA-U werden im Rahmen des Bürgerentlastungsesetzes steuerlich berücksichtigt, soweit sie die Basiskrankenversicherung betreffen. Grundlage ist ein Anwendungserlass des Bundesfinanzministeriums vom 26. April 2010. Dadurch sind die Beitragsentlastungstarife noch attraktiver geworden.

BEA-U – Beiträge

Alter*	**Monatlicher Beitrag in EUR je 10 EUR mtl. Beitragsentlastung**	Alter*	**Monatlicher Beitrag in EUR je 10 EUR mtl. Beitragsentlastung**
20	1,71	41	4,10
21	1,77	42	4,31
22	1,83	43	4,54
23	1,90	44	4,79
24	1,97	45	5,06
25	2,05	46	5,35
26	2,13	47	5,66
27	2,21	48	6,01
28	2,30	49	6,38
29	2,39	50	6,80
30	2,49	51	7,25
31	2,60	52	7,75
32	2,71	53	8,31
33	2,83	54	8,93
34	2,95	55	9,63
35	3,08	56	10,42
36	3,23	57	11,33
37	3,38	58	12,38
38	3,54	59	13,60
39	3,71	60	15,05
40	3,90	61	16,79

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr.

VIA – die Option auf Höherversicherung

Häufig ist beim Einstieg in die private Krankenversicherung der Preis das entscheidende Argument und ein Basis-Schutz wird gewählt. Entsteht später der Wunsch, die Leistungen zu verbessern, muss hierfür eine Gesundheitsprüfung durchgeführt werden. Daher bietet es sich an, direkt bei Abschluss der Vollversicherung den Tarif VIA mit anzubieten. VIA bietet die Option, später in eine leistungsstärkere Vollversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu wechseln.

Tarifauszug: VIA

- VIA kann allen Kunden mit einer privaten Krankenvollversicherung angeboten werden.
- Option auf jeden Vollversicherungstarif unseres Unternehmens, der für den Verkauf offen ist und für den Versicherungsfähigkeit besteht. Dies umfasst auch ein Krankentagegeld nach Tarif KTGV 42-U von max. 70 Euro. Selbstständige können statt des Tarifs KTGV 42-U auch den Tarif KTG 28-U wählen.
- VIA beinhaltet außerdem die Option auf Abschluss einer Pflegevorsorgeversicherung, wenn gleichzeitig die Option auf Abschluss bzw. Erhöhung der Krankheitskostenvollversicherung wahrgenommen wird. Das in der Pflegevorsorgeversicherung versicherbare monatliche Pflegegeld ist ohne erneute Gesundheitsprüfung begrenzt auf maximal 1.500 Euro.
  Sofern bei Ausübung der Option bereits bei der AXA Krankenversicherung eine Pflegezusatzversicherung besteht, sind zusätzlich die vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen einzuhalten.
- Laufzeit der Option:
  – sofern der Kunde bei unserem Unternehmen privat krankenversichert ist: max. 5 Versicherungsjahre
  – sofern der Kunde anderweitig privat krankenversichert ist: max. 24 Monate
- Wann kann die Option wahrgenommen werden?
  – **sofern** der Kunde **bei unserem Unternehmen privat krankenversichert** ist, zum 01.01. eines Jahres, letztmalig zum 01.01. nach Ablauf der Laufzeit.
  – **sofern** der Kunde **anderweitig privat krankenversichert** ist, zum 01. des Folgemonats, nachdem der Kunde seine private Krankenversicherung beim Vorversicherer durch Kündigung beendet hat.
- Erst zum Zeitpunkt der Optionswahrnehmung muss der Kunde entscheiden, in welche Tarife er umstellen möchte.
- Die Umstellung in höherwertige Tarife erfolgt dann zum jeweiligen Erreichtalter ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Hinweis

Für den Optionstarif ist das Antragsformular für die Vollversicherung zu verwenden sowie alle Gesundheitsfragen zu beantworten. Eine Annahme zu besonderen Bedingungen (Risikozuschlag, Leistungseinschränkung oder Leistungsausschluss) ist möglich. Wurde ein Risikozuschlag vereinbart, so ändert sich später dessen Höhe abhängig von den Tarifen des auflebenden Versicherungsschutzes. Während der Laufzeit des Tarifs VIA neu aufgetretene Krankheiten werden bei der Wahrnehmung der Option nicht betrachtet.

VIA – Beiträge

	VIA
Alter*	monatlicher Beitrag in EUR
bis 35	4,00
36 – 45	11,00
46 – 50	12,00
51 – 55	35,00

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

Leistungspakete DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung: Kostenversicherung für Beihilfeberechtigte

		Seite
Wichtige Informationen für Ihr Kundengespräch		34
Beihilfe auf einen Blick sowie Heilfürsorge	Bund	35
	Baden-Württemberg	41
	Bayern	47
	Berlin	52
	Brandenburg	57
	Bremen	63
	Hamburg	71
	Hessen	76
	Mecklenburg-Vorpommern	84
	Niedersachsen	89
	Nordrhein-Westfalen	94
	Rheinland-Pfalz	99
	Saarland	104
	Sachsen	108
	Sachsen-Anhalt	113
	Schleswig-Holstein	118
	Thüringen	124
Komfort-Schutz, Tarif Vision B-U	Leistungsbeschreibung	131
	Ergänzungstarife zu Vision B-U	132
Top-Schutz, Tarifgruppe B-U	Leistungsbeschreibung	133
	Ergänzungstarife zu Tarifgruppe B-U	135
Beitragsentlastung im Alter (nur ÖD)	Tarif BEA-U	136
Anwartschaftsversicherung		137
Ergänzungstarife für Heilfürsorgeberechtigte und GKV-Versicherte	Leistungsbeschreibung	139
	Tarif KUR-UZ, KUR-UZA	238
	Tarif EG080-U, EG080-UA	229
	Tarif EG035-U, EG035-UA	231
	Tarif DENT Inlay	227
	Tarif DENT Smile	227
	Tarif DENT Komfort-U	226
	Tarif DENT Premium-U	226
	Pflegevorsorge Akut-U (Kapitel Pflegeversicherung)	220
	Pflegevorsorge Flex-U (Kapitel Pflegeversicherung)	218
Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten	Zusatzversicherungstarife zur Beihilfe mit bestehender GKV	140
Pflegepflichtversicherung Pflegeergänzungsversicherung	Tarif PVB (Kapitel Pflegeversicherung)	216
	Pflegevorsorge Akut-U (Kapitel Pflegeversicherung)	220
	Pflegevorsorge Flex-U (Kapitel Pflegeversicherung)	218
Kombinationsmöglichkeiten zur Beamtenvollversicherung	Tarif KHT-U, KHT-UA	240
	Tarif KUR-U, KUR-UZ	238
Beiträge		142 – 178

Hinweis

Über aktuelle ÖD-Themen (z. B. Beihilfeänderungen) wird mit der ÖD-INFO informiert, die Sie hier finden: AXA Intranet / Beratung (Infothek) – Außendienst / Beratung (Infothek) / ÖD-Portal / Abschnitt „Vertriebsunterstützung ÖD“ / Informationspool ÖD / ÖD-Info Kranken

Wichtige Informationen für Ihr Kundengespräch

Beihilfeberechtigt sind Beamte, Richter und Versorgungsempfänger sowie deren Familienangehörige. Die Höhe der Beihilfe richtet sich nach dem Dienstherrn (Bund oder Länder) und nach der Zahl der berücksichtigungsfähigen Personen. Die genauen Beihilfebemessungssätze sowie unser entsprechendes Tarifangebot finden Sie auf den folgenden Seiten.

Beihilfeberechtigte in der Ausbildung

Versicherungsfähig sind Beamtenanwärter, Referendare und Personen in vergleichbaren Positionen des Öffentlichen Dienstes sowie deren nicht berufstätige Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, sofern sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Außerdem sind berücksichtigungsfähige Kinder während der Schul-, Berufsausbildung und des Studiums versicherungsfähig, sofern es sich nicht um eine Umschulung oder Weiterbildung handelt.

Rechtsreferendare

Mit Ausnahme von Thüringen haben Rechtsreferendare keinen Anspruch mehr auf Beihilfe und unterliegen der Krankenversicherungspflicht.

Mitglieder der Berufsfeuerwehr

Für diesen Personenkreis gibt es keine einheitliche Regelung. Je nach Bundesland oder sogar Stadt können diese heilfürsorge- oder beihilfeberechtigt sein.

Beihilfe für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, deren Einkünfte im Jahr bestimmte, länderunterschiedliche Grenzen nicht übersteigen, wird grundsätzlich Beihilfe gewährt.

Höhe des Versicherungsschutzes zur Beihilfe

Der Versicherungsschutz ist dem Beihilfeanspruch dergestalt anzupassen, dass Versicherungsleistung und Beihilfe 100 % des Rechnungsbetrages nicht über- oder unterschreiten.

Wenn sich der Beihilfeanspruch vermindert oder wegfällt, z. B.

- durch Änderung der Beihilferegelungen
- weil sich die Anzahl der berücksichtigungsfähigen Personen ändert
- nach einem Berufswechsel
- weil Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst in den Ruhestand gehen,

tritt keine Unterversicherung ein, wenn innerhalb von sechs Monaten zum Ausgleich eine Höherversicherung (ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten) beantragt wird.
Bei einer Erhöhung des Beihilfeanspruchs werden die tariflichen Erstattungssätze entsprechend herabgesetzt oder der entbehrlich gewordene Teil des Versicherungsschutzes kann beendet werden, ohne dass es dazu der Einhaltung von Kündigungsfristen bedarf.

Beihilfekürzungen im Krankenhaus

Bei einigen Ländern sind Wahlleistungen im Krankenhaus (Privatarzt, Zweibettzimmer) nicht beihilfefähig. In unserem Tarifangebot ist für diese Länder dann der Tarif BW2 00-U zu wählen. In anderen Ländern sowie in der Bundesbeihilfe sind die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und/oder für Wahlleistungen im Krankenhaus nur gekürzt beihilfefähig. Unser Tarifangebot sieht daher stets ein Krankenhaustagegeld nach Tarif KHT-U in Höhe der jeweils zutreffenden Beihilfekürzung vor. Damit sind die Wahlleistungen im Krankenhaus zu 100 % abgesichert.

Land	Einkommensgrenze (EUR)*	im ... vor Stellung des Beihilfeantrags
Bund	17.000	Vorvorjahr
Baden-Württemberg	18.000	Vorjahr + Vorvorjahr
Bayern	18.000	Vorvorjahr
Berlin	17.000	Vorvorjahr
Brandenburg	17.000	Vorvorjahr
Bremen	10.000	Vorjahr
Hamburg	18.000	Vorjahr
Hessen	8.004 [1)]	Vorvorjahr
Mecklenburg-Vorpommern	17.000	Vorvorjahr
Niedersachsen	18.000	Vorvorjahr
Nordrhein-Westfalen	18.000	Vorjahr
Rheinland-Pfalz	8.004 [1) 2)]	Vorvorjahr
Saarland	16.000	Vorjahr
Sachsen	18.000	Vorvorjahr
Sachsen-Anhalt	17.000	Vorvorjahr
Schleswig-Holstein	18.000	Vorvorjahr
Thüringen	18.000	Vorvorjahr

* Die Einkommensgrenze für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner wird wie folgt ermittelt: Der Gesamtbetrag der Einkünfte nach dem Einkommensteuergesetz wird um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug bei Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft vermindert.

[1)] Steuerlicher Grundfreibetrag nach Einkommensteuergesetz (für 2013 geplant 8.130 EUR, für 2014 geplant 8.354 EUR)

[2)] bei Heirat nach 31.12.2011 (20.450 EUR Vorvorjahr bei Heirat vor 01.01.2012)

Hinweis

Auch Beihilfeberechtigte müssen eine Pflegepflichtversicherung (Tarif PVB) abschließen. Eine Krankentagegeldabsicherung wird nicht benötigt.

Beihilfe Bund auf einen Blick

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Kürzung Beihilfebemessungssätze um 20 Prozentpunkte für die Person, die einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung von mindestens 41 EUR monatlich erhält.	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	17.000 EUR VVKJ
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	Ja, siehe Ziffer II. Absicherung Ehegatten, eingetragene Lebenspartner
Kinder	80%	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Bis Höchstsätze lt. Vertrag mit Heilpraktikerverbänden
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Belastungsgrenze für Medikamente/Beförderung/ Hilfsmittel/Haushaltshilfe (auf Antrag)	2% der/des Dienstbezüge/ Versorgungsbezüge/Rentenzahlbetrags, bei chronisch Kranken 1 %
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Sehhilfen	Keine Beihilfe für Erwachsene
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre, max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	10 EUR pro Tag, max. 28 Tage je KJ
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, Unterkunft bis 16 EUR

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. Lebensjahr
Zahnersatz	Keine Beihilfe für große Brücken und in Anwärterzeit
M+L	Zu 40 % anerkannt
Edelmetall, Keramik	Zu 40 % anerkannt
Implantate	Je Kiefer max. 2 bzw. in bestimmten Fällen max. 4

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Ja
Kürzung der stationären Beihilfe	Ja
Kürzung Regelleistungen	10 EUR pro Tag, max. 28 Tage/KJ
Kürzung Zweibettzimmer	14,50 EUR pro Tag
Kürzung privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	25 EUR

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 450 EUR in Stufe I max. 1.100 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III zzgl. 100% für verbleibende Kosten (inkl. Unterkunft/Verpflegung)

Reisen

Innerhalb EU	Ja, kein Vergleich mit BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)
Außerhalb Europas	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)

Sonstiges

Praxisgebühr	Abzgl. 10 EUR je Quartal
Kostendämpfungspausch.	keine
Besonderheiten	Keine

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Personenkreis – Beihilfe Bund

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst, die ab dem 01.08.1998 eingestellt wurden, haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70 %. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Bund auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc.
Liegen die Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners bereits seit Jahren unter 18.000 Euro im Kalenderjahr, besteht unverändert Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann die nachfolgende Übergangsregelung: Die alte Grenze von 18.000 Euro gilt bis zur erstmaligen Überschreitung weiter, wenn das Einkommen für 2009 am 13.02.2009 über 17.000 Euro aber unter 18.000 Euro lag.
Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).
Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung ohne Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.
Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.
Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.
Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Bund – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung)

sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr ./. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 50-UA	BZ 50-UA	BW2 30-UA	BZ 30-UA
BN3/2 50-UA	B3 50-UA	BN3/2 30-UA	B3 30-UA
KHT-UA 25	BW2 50-UA	KHT-UA 25	BW2 30-UA
KUR-UA max. 250	BN1/2 50-UA	KUR-UA max. 250	BN1/2 30-UA
PVB	KHT-UA 25	PVB	KHT-UA 25
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70 %)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 50T-U		BW2 30-U	
BN3/2 50-U	BZ 50-U	BN3/2 30-U	BZ 30-U
KHT-U 25	B3 50T-U	KHT-U 25	B3 30-U
KUR-U max. 250	BW2 50T-U	KUR-U max. 250	BW2 30-U
PVB	BN1/2 50-U	PVB	BN1/2 30-U
	KHT-U 25		KHT-U 25
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		Berücksichtigungsfähiges Kind		Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden	
Bemessungssatz 70 %		**Bemessungssatz 80 %**		**Bemessungssatz 80 %**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 30-U		BW2 20-U		BW2 20-UA	BZ 20-UA
BN3/2 30-U	BZ 30-U	BN3/2 20-U	BZ 20-U	BN3/2 20-UA	B3 20-UA
KHT-U 25	B3 30-U	KHT-U 25	B3 20-U	KHT-UA 25	BW2 20-UA
KUR-U max. 250	BW2 30-U	KUR-U max. 250	BW2 20-U	KUR-UA max. 250	BN1/2 20-UA
PVB	BN1/2 30-U	PVB	BN1/2 20-U	PVB	KHT-UA 25
	KHT-U 25		KHT-U 25		KUR-U max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Heilfürsorge Bund – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Bundespolizei	Ja	Tätigkeitsabhängig	Ab Besoldung A8: Ja, zu 100 %	Ab Besoldung A8: 10 EUR	Ab Besoldung A8: 14,50 EUR	Nein
Berufssoldat, Soldat auf Zeit	Ja	Ja	Ab Besoldung A8: Ja, zu 100 %	Nein	Nein	Nein

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

Bundespolizei

- Spätestens mit dem Ende der aktiven Dienstzeit entfällt die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Versorgungsempfänger in Höhe von 70 %. Sollte die Heilfürsorge vor dem Eintritt in den Ruhestand enden (z. B. wegen Versetzung), besteht Anspruch auf Beihilfe – es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Bund auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Bund – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Bund – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

Berufssoldat

- Mit dem Ende der aktiven Dienstzeit entfällt die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Versorgungsempfänger in Höhe von 70 % (siehe Tabelle „Beihilfe Bund auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Bund – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Bund – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

Soldaten auf Zeit (SaZ)

- Soldaten auf Zeit sind in der PPV nur dann pflichtig, wenn und solange eine Krankheitskostenversicherung (als Anwartschaftsversicherung) besteht.
- Soldaten erhalten keine Anwärterbezüge. Daher werden keine Ausbildungsbeiträge gewährt.
- Nach Beendigung der aktiven Dienstzeit erhalten Zeitsoldaten sogenannte Übergangsgebührnisse (s. Übergangsgebührnisempfänger). In dieser Zeit besteht Anspruch auf Beihilfe in Höhe von 70 % wie bei einem Versorgungsempfänger. Die Dauer des Beihilfeanspruchs hängt von der Dauer der vorangegangenen Verpflichtung ab:

	Dauer der Verpflichtung	Dauer des Anspruchs auf Beihilfe
SaZ 4	4 Jahre	7 Monate
SaZ 6	6 Jahre	1 Jahr
SaZ 8	8 Jahre	1 Jahr, 9 Monate
SaZ 12	12 Jahre	3 Jahre

- Freiwilligen Wehrdienst leistende Soldaten (FWD) sind **keine Soldaten auf Zeit.** Sie haben für die Dauer des freiwilligen Wehrdienstes Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung, jedoch keinen Anspruch auf Beihilfe nach dieser Zeit.

Übergangsgebührnisempfänger

Sobald Übergangsgebührnisempfänger in einem neuen Arbeitsverhältnis stehen, gilt bei einer Beschäftigung als:

- Arbeitnehmer mit Einkünften unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG): Es besteht GKV-Pflichtversicherung ohne Befreiungsmöglichkeit. Beihilfe wird nur für beihilfefähige Aufwendungen nach Anrechnung der GKV-Leistungen gezahlt (z. B. stationäre Wahlleistungen).
- Arbeitnehmer mit Einkünften über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) oder als Selbstständiger: Es besteht Versicherungsfreiheit in der GKV. Beihilfe gilt analog Versorgungsempfängern des Bundes in Höhe von 70 %, Tarifangebot siehe „Beihilfe Bund – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“ in Verbindung mit den Annahmerichtlinien (d. h. Verträge mit vsl. Laufzeit von weniger als zwei Jahren sind unerwünscht, wenn zuvor keine Anwartschaftsversicherung bestanden hat).
- Beamte (z. B. Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, Anwärter, Referendare): Es besteht Beihilfeanspruch ausschließlich aus dem aktuellen Beamtenverhältnis heraus entsprechend der Beihilfeverordnung des aktuellen Dienstherrn.

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Bund – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Bund auf einen Blick“).

Heilfürsorge Bund – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

Bundespolizei

Bemessungssatz: 70% (Heilfürsorge bis längstens zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden****
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-UA 10	BW2 30-U*		
PVB	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	
	KHT-U 25*	B3 30-U*	BW2 00-UZA
	PVB	BW2 30-U*	
		BN1/2 30-U*	KHT-UA mind. 10
		KHT-U 25*	KUR-UZA***
		PVB	Sowie weitere Ergänzungstarife – teils zu Ausbildungsbeiträgen – siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U,

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
*** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Bund – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“, welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

- Polizeibeamte auf Probe
- Polizeibeamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Polizeibeamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Berufssoldaten
- Soldaten auf Zeit (nur Tarifgruppe B-U, wenn bereits Anspruch auf Übergangsgebührnisse besteht)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

Bundespolizei, Berufssoldat,
Soldat auf Zeit und Abschluss der Krankenversicherung am Anfang dieser Zeit

Bemessungssatz: 70% (Heilfürsorge bis zum Ruhestand bzw. bei Soldaten auf Zeit bis zum Ende der aktiven Zeit)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
Nur Bundespolizei	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
AWFH	BW2 30-U*		BW2 00-UZ Ab Besoldung A8: kein Bedarf
KHT-U mind. 10	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	
PVB	KHT-U 25*	B3 30-U*	KHT-U mind. 10, Bundespolizei ab Besoldung A8: mind. 25
	PVB	BW2 30-U*	KUR-UZ**
		BN1/2 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U
		KHT-U 25*	
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Bund – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Hinweis: Das Land Baden-Württemberg plant eine Beihilfeänderung zum 01.01.2013. Achten Sie bitte auf die aktuellen ÖD-INFOs (Fundstelle siehe Inhaltsverzeichnis Abschnitt Beihilfeberechtigte Seite 33).

Beihilfe Baden-Württemberg auf einen Blick

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %		
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %	**Besonderheiten**	70 % je Beihilfeberechtigtem 70 % auf Dauer bei ehemals mind. 3 Kindern
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	18.000 EUR je VVKJ + VKJ (nicht wie Bund)
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	Nein (nicht wie Bund)
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Keine Kürzung der Bemessungssätze bei Erhalt eines Beitragszuschusses zur privaten Krankenversicherung (nicht wie Bund)

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Mindestsatz GebüH und max. Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	Nein (nicht wie Bund)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	Nein (nicht wie Bund)
Belastungsgrenze für Medikamente/Beförderung/Hilfsmittel/Haushaltshilfe (auf Antrag)	Nein (nicht wie Bund)
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	Nein (nicht wie Bund)
Sehhilfen	Ja, max. 20,50 EUR je Brillenfassung (nicht wie Bund)
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung bei med. Notwendigkeit (nicht wie Bund)
Kürzung Sanatorium	Nein (nicht wie Bund)
Heilkuren	alle 4 Jahre max. 30 Tage (ohne An-/Abreise), Unterkunft bis 22 EUR (nicht wie Bund)

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. Lebensjahr
Zahnersatz	Ja, auch während Anwärterzeit (nicht wie Bund)
M+L	ohne Kürzung (nicht wie Bund)
Edelmetall, Keramik	Zähne 6 – 8 abzgl. 45 EUR je Krone (nicht wie Bund)
Implantate	Je Kiefer max. 2, in bestimmten Fällen auch mehr (nicht wie Bund)

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Ja, bei Gehaltsabzug von 22 EUR mtl. (nicht wie Bund)
Kürzung der stationären Beihilfe	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Regelleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Zweibettzimmer	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	Nein (nicht wie Bund)

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 450 EUR in Stufe I max. 1.100 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil (nicht wie Bund)

Reisen

Innerhalb EU	Ja, kein Vergleich mit BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)
Außerhalb Europas	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)

Sonstiges

Praxisgebühr	Nein (nicht wie Bund)
Kostendämpfungspauschale	60 – 330 EUR je KJ abhängig von Besoldungsgruppe (nicht wie Bund)
Besonderheiten	Bonusregelung bei Verzicht auf stationäre Wahlleistung (nicht wie Bund)

KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Personenkreis – Beihilfe Baden-Württemberg

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst, die ab dem 01.10.1997 eingestellt wurden, haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70 %. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Baden-Württemberg auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc. Liegen die Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners bereits seit Jahren unter 18.000 Euro im Kalenderjahr, besteht unverändert Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann die nachfolgende Übergangsregelung: Die alte Grenze von 18.000 Euro gilt bis zur erstmaligen Überschreitung weiter, wenn das Einkommen für 2009 am 13.02.2009 über 17.000 Euro aber unter 18.000 Euro lag.

Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).

Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung mit Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält. Der Beihilfeanspruch endet zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie im Familienzuschlag nicht mehr berücksichtigt sind (bei Wegfall am 31.12. eines Jahres erst mit Ablauf des folgenden Kalenderjahres).

Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.

Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Baden-Württemberg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung)

sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50%		**Bemessungssatz 70%**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 50-UA	BZ 50-UA	BW2 30-UA	BZ 30-UA
BN4 50-UA	B3 50-UA	BN4 30-UA	B3 30-UA
KUR-UA max. 250	BW2 50-UA	KUR-UA max. 250	BW2 30-UA
PVB	BN2 50-UA	PVB	BN2 30-UA
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70%)
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst (nicht im Einsatzdienst)
- Feuerwehrbeamte (nicht im Einsatzdienst)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50%		**Bemessungssatz 70%**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 50T-U		BW2 30-U	
BN4 50-U	BZ 50-U	BN4 30-U	BZ 30-U
KUR-U max. 250	B3 50T-U	KUR-U max. 250	B3 30-U
PVB	BW2 50T-U	PVB	BW2 30-U
	BN2 50-U		BN2 30-U
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		Berücksichtigungsfähiges Kind		Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden	
Bemessungssatz 70%		Bemessungssatz 80%		Bemessungssatz 80%	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 30-U		BW2 20-U		BW2 20-UA	BZ 20-UA
BN4 30-U	BZ 30-U	BN4 20-U	BZ 20-U	BN4 20-UA	B3 20-UA
KUR-U max. 250	B3 30-U	KUR-U max. 250	B3 20-U	KUR-UA max. 250	BW2 20-UA
PVB	BW2 30-U	PVB	BW2 20-U	PVB	BN2 20-UA
	BN2 30-U		BN2 20-U		KUR-UA max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Heilfürsorge Baden-Württemberg – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte	Ja	Ja	Ja, 50 % oder 70 % je nach Anzahl Kinder	Nein	Nein	Nein
Feuerwehrbeamte im Einsatzdienst	Ja	Ja	Ja, 50 % oder 70 % je nach Anzahl Kinder	Nein	Nein	Nein

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Für Polizeibeamte entfällt mit dem Ende der aktiven Dienstzeit die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Versorgungsempfänger in Höhe von 70 % (siehe Tabelle „Beihilfe Baden-Württemberg auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Baden-Württemberg – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Baden-Württemberg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- Feuerwehrbeamte, die im Einsatzdienst (Brandbekämpfung und Hilfeleistung) stehen, haben Anspruch auf Heilfürsorge. Sobald der Feuerwehrbeamte nicht mehr im Einsatzdienst steht, entfällt die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Baden-Württemberg auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Baden-Württemberg – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Baden-Württemberg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Baden-Württemberg – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Baden-Württemberg auf einen Blick“).

Heilfürsorge Baden-Württemberg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

Bemessungssatz: 70 % (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden****
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-UA 10	BW2 30-U*		
PVB	BN4 30-U*	BZ 30-U*	
	PVB	B3 30-U*	BW2 50-UZA bzw. BW2 30-UZA***
		BW2 30-U*	KHT-UA
		BN2 30-U*	KUR-UZA****
		PVB	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
*** Ist abhängig von der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder
**** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Baden-Württemberg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

- Polizeibeamte auf Probe
- Polizeibeamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Polizeibeamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst im Einsatzdienst
- Feuerwehrbeamte im Einsatzdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

Bemessungssatz: 70 % (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-U 10	BW2 30-U*		
PVB	BN4 30-U*	BZ 30-U*	BW2 50T-UZ bzw. BW2 30-UZ**
	PVB	B3 30-U*	KHT-U
		BW2 30-U*	KUR-UZ***
		BN2 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Ist abhängig von der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder
*** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Baden-Württemberg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Beihilfe Bayern auf einen Blick

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Keine Kürzung der Bemessungssätze bei Erhalt eines Beitragszuschusses zur privaten Krankenversicherung (nicht wie Bund).	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	18.000 EUR VVKJ
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	Ja, siehe Ziffer II. Absicherung Ehegatten/ eingetragene Lebenspartner
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Mindestsatz GebüH und max. Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	3 EUR (nicht wie Bund)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	Nein (nicht wie Bund)
Belastungsgrenze für Medikamente/Eigenanteil je Rechnungsbeleg (auf Antrag) (nicht wie Bund)	2% der/des Dienstbezüge/ Versorgungsbezüge/Rentenzahlbetrags, bei chronisch Kranken 1%
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/ -höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	Nein (nicht wie Bund)
Sehhilfen	Keine Beihilfe für Erwachsene
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung bei med. Notwendigkeit (nicht wie Bund)
Kürzung Sanatorium	Nein (nicht wie Bund)
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise), Unterkunft bis 16 EUR

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. Lebensjahr
Zahnersatz	Ja, auch in Anwärterzeit (nicht wie Bund)
M+L	Zu 40 % anerkannt
Edelmetall, Keramik	Zu 40 % anerkannt
Implantate	Je Kiefer max. 2, in bestimmten Fällen auch mehr (nicht wie Bund)

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Ja
Kürzung der stationären Beihilfe	Ja
Kürzung Regelleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Zweibettzimmer	7,50 EUR pro Tag, max. 30 Tage je KJ (nicht wie Bund)
Kürzung privatärztliche Behandlung	25 EUR pro Tag (nicht wie Bund)
KHT-Angebot	33 EUR (nicht wie Bund)

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 671 EUR in Stufe I max. 1.341 EUR in Stufe II max. 2.012 EUR in Stufe III
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil

Reisen

Innerhalb EU	Ja, kein Vergleich mit BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 550 EUR) (nicht wie Bund)
Außerhalb Europas	Nein (nicht wie Bund)

Sonstiges

Praxisgebühr	Nein (nicht wie Bund)
Kostendämpfungspausch.	Keine
Besonderheiten	Abzgl. 6 EUR je Rechnungsbeleg (nicht wie Bund)

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Personenkreis – Beihilfe Bayern

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst, die ab dem 01.01.2001 eingestellt wurden, haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70%. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Bund auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc.

Liegen die Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners bereits seit Jahren unter 18.000 Euro im Kalenderjahr, besteht unverändert Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann die nachfolgende Übergangsregelung: Die alte Grenze von 18.000 Euro gilt bis zur erstmaligen Überschreitung weiter, wenn das Einkommen für 2009 am 13.02.2009 über 17.000 Euro aber unter 18.000 Euro lag.

Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).

Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80% Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung mit Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.

Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.

Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Bayern – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung)

sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50%		**Bemessungssatz 70%**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 50-UA	BZ 50-UA	BW2 30-UA	BZ 30-UA
BN3/2 50-UA	B3 50-UA	BN3/2 30-UA	B3 30-UA
KHT-UA 33	BW2 50-UA	KHT-UA 33	BW2 30-UA
KUR-UA max. 250	BN1/2 50-UA	KUR-UA max. 250	BN1/2 30-UA
PVB	KHT-UA 33	PVB	KHT-UA 33
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70 %)
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Feuerwehrbeamte im Einsatzdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 50T-U		BW2 30-U	
BN3/2 50-U	BZ 50-U	BN3/2 30-U	BZ 30-U
KHT-U 33	B3 50T-U	KHT-U 33	B3 30-U
KUR-U max. 250	BW2 50T-U	KUR-U max. 250	BW2 30-U
PVB	BN1/2 50-U	PVB	BN1/2 30-U
	KHT-U 33		KHT-U 33
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		Berücksichtigungsfähiges Kind		Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden	
Bemessungssatz 70 %		**Bemessungssatz 80 %**		**Bemessungssatz 80 %**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 30-U		BW2 20-U		BW2 20-UA	BZ 20-UA
BN3/2 30-U	BZ 30-U	BN3/2 20-U	BZ 20-U	BN3/2 20-UA	B3 20-UA
KHT-U 33	B3 30-U	KHT-U 33	B3 20-U	KHT-UA 33	BW2 20-UA
KUR-U max. 250	BW2 30-U	KUR-U max. 250	BW2 20-U	KUR-UA max. 250	BN1/2 20-UA
PVB	BN1/2 30-U	PVB	BN1/2 20-U	PVB	KHT-UA 33
	KHT-U 33		KHT-U 33		KUR-UA max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Heilfürsorge Bayern – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Feuerwehrbeamte	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Für **Polizeibeamte** entfällt die Heilfürsorge in der Regel mit der Beendigung der Ausbildung und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Bund auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Bayern – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Bayern – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- **Feuerwehrbeamte** haben Anspruch auf Beihilfe. Es gilt der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Bayern auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Bayern – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Bayern – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Bayern – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Bayern auf einen Blick“).

Heilfürsorge Bayern – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

AWFH	**Bemessungssatz 50%**		**Bemessungssatz 70%****		**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden*****
KHT-UA 10	VisB50T-U*	BS 50T-U* oder BSG 50T-U*	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
PVB	BW2 50T-U*		BW2 30-U*		
	BN3/2 50-U*	BZ 50-U*	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	
	KHT-U 33*	B3 50T-U*	KHT-U 33*	B3 30-U*	
	PVB	BW2 50T-U**	PVB	BW2 30-U*	
		BN1/2 50-U*		BN1/2 30-U*	BW2 00-UZA
		KHT-U 33*		KHT-U 33*	KHT-UA mind. 33
		PVB		PVB	KUR-UZA****
					Sowie weitere Ergänzungstarife – teils zu Ausbildungsbeiträgen – siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Wenn zwei und mehr Kinder im Familienzuschlag berücksichtigt werden
*** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
**** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Bayern – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

- Polizeibeamte in der Einsatzstufe (z. B. Bereitschaftspolizei)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

Bemessungssatz: 70% (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-U 10	BW2 30-U*		
PVB	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	BW2 00-UZ
	KHT-U 33*	B3 30-U*	KHT-U mind. 33
	PVB	BW2 30-U*	KUR-UZ**
		BN1/2 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		KHT-U 33*	
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Bayern – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Beihilfe Berlin auf einen Blick

Angeschlossen an die Beihilferegelungen des Bundes, ABWE-UZichungen sind gekennzeichnet mit „nicht wie Bund“

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Kürzung Beihilfebemessungssätze um 20 Prozentpunkte für die Person, die einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung von mind. 41 EUR monatlich erhält.	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner (nicht wie Bund)	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	17.000 EUR VVKJ (nicht wie Bund)
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	Ja, siehe Ziffer II. Absicherung Ehegatten, eingetragene Lebenspartner
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Mindestsatz GebüH und max. Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Belastungsgrenze für Medikamente/Beförderung/ Hilfsmittel/Haushaltshilfe (auf Antrag)	2 % der/des Dienstbezüge/ Versorgungsbezüge/Rentenzahlbetrags, bei chronisch Kranken 1 %
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR).
Sehhilfen	Keine Beihilfe für Erwachsene
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	10 EUR pro Tag, max. 28 Tage je KJ
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, Unterkunft bis 16 EUR

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. Lebensjahr
Zahnersatz	Keine Beihilfe für große Brücken und in Anwärterzeit
M+L	Zu 40 % anerkannt
Edelmetall, Keramik	Zu 40 % anerkannt
Implantate	Je Kiefer max. 2 bzw. in bestimmten Fällen max. 4

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung der stationären Beihilfe	Ja
Kürzung Regelleistungen	10 EUR pro Tag, max. 28 Tage je KJ
Kürzung Zweibettzimmer	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	10 EUR (nicht wie Bund)

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 450 EUR in Stufe I max. 1.100 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil

Reisen

Innerhalb EU	Ja, kein Vergleich mit BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)
Außerhalb Europas	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)

Sonstiges

Praxisgebühr	Abzgl. 12 EUR je Quartal
Kostendämpfungspausch.	50 EUR – 770 EUR abhängig von der Besoldungsgruppe (nicht wie Bund)
Besonderheiten	Keine

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Personenkreis – Beihilfe Berlin

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst, die ab dem 01.08.1998 eingestellt wurden, haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70 %. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

st der Ehegatte bzw. der eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Bund auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc.

Liegen die Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners bereits seit Jahren unter 18.000 Euro im Kalenderjahr, besteht unverändert Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann die nachfolgende Übergangsregelung: Die alte Grenze von 18.000 Euro gilt bis zur erstmaligen Überschreitung weiter, wenn das Einkommen für 2009 am 13.02.2009 über 17.000 Euro aber unter 18.000 Euro lag.

Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).

Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung mit Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.

Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.

Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Berlin – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)
- Polizeikommissaranwärter im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung) sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 00-UA	BZ 50-UA	BW2 00-UA	BZ 30-UA
BN3/2 50-UA	B3 50-UA	BN3/2 30-UA	B3 30-UA
KHT-UA 10	BW2 00-UA	KHT-UA 10	BW2 00-UA
KUR-UA max. 250	BN1/2 50-UA	KUR-UA max. 250	BN1/2 30-UA
PVB	KHT-UA 10	PVB	KHT-UA 10
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70 %)
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Feuerwehrbeamte

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 00-U		BW2 00-U	
BN3/2 50-U	BZ 50-U	BN3/2 30-U	BZ 30-U
KHT-U 10	B3 50T-U	KHT-U 10	B3 30-U
KUR-U max. 250	BW2 00-U	KUR-U max. 250	BW2 00-U
PVB	BN1/2 50-U	PVB	BN1/2 30-U
	KHT-U 10		KHT-U 10
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		Berücksichtigungsfähiges Kind		Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden	
Bemessungssatz 70 %		**Bemessungssatz 80 %**		**Bemessungssatz 80 %**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 00-U		BW2 00-U		BW2 00-UA	BZ 20-UA
BN3/2 30-U	BZ 30-U	BN3/2 20-U	BZ 20-U	BN3/2 20-UA	B3 20-UA
KHT-U 10	B3 30-U	KHT-U 10	B3 20-U	KHT-UA 10	BW2 00-UA
KUR-U max. 250	BW2 00-U	KUR-U max. 250	BW2 00-U	KUR-UA max. 250	BN1/2 20-UA
PVB	BN1/2 30-U	PVB	BN1/2 20-U	PVB	KHT-UA 10
	KHT-U 10		KHT-U 10		KUR-UA max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Heilfürsorge Berlin – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte des gehobenen Dienstes	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt
Polizeibeamte des mittleren Dienstes	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Feuerwehrbeamte	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Für **Polizeibeamte** entfällt die Heilfürsorge mit der Beendigung der Ausbildung und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Berlin auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Berlin – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Berlin – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- **Feuerwehrbeamte** haben Anspruch auf Beihilfe. Es gilt der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Berlin auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Berlin – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Berlin – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Berlin – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Berlin auf einen Blick“).

Heilfürsorge Berlin – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

<table>
<tr><td>AWFH</td><td colspan="2">Bemessungssatz 50 %</td><td colspan="2">Bemessungssatz 70 %**</td><td rowspan="5">Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden***</td></tr>
<tr><td>KHT-UA 10</td><td>VisB50T-U*</td><td rowspan="2">BS 50T-U*
oder
BSG 50T-U*</td><td>VisB30-U*</td><td rowspan="2">BS 30-U* oder
BSG 30-U*</td></tr>
<tr><td>PVB</td><td>BW2 00-U*</td><td>BW2 00-U*</td></tr>
<tr><td></td><td>BN3/2 50-U*</td><td>BZ 50-U*</td><td>BN3/2 30-U*</td><td>BZ 30-U*</td></tr>
<tr><td></td><td>KHT-U 10*</td><td>B3 50T-U*</td><td>KHT-U 10*</td><td>B3 30-U*</td></tr>
<tr><td></td><td>PVB</td><td>BW2 00-U**</td><td>PVB</td><td>BW2 00-U*</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td>BN1/2 50-U*</td><td rowspan="4"></td><td>BN1/2 30-U*</td><td>BW2 00-UZA</td></tr>
<tr><td>KHT-U 10*</td><td>KHT-U 10*</td><td>KHT-UA mind. 10</td></tr>
<tr><td>PVB</td><td>PVB</td><td>KUR-UZA****</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Sowie weitere Ergänzungstarife – teils zu Ausbildungsbeiträgen – siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U</td></tr>
</table>

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Wenn zwei und mehr Kinder im Familienzuschlag berücksichtigt werden
*** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
**** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Berlin – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Beihilfe Brandenburg auf einen Blick

Angeschlossen an die Beihilferegelungen des Bundes, ABWE-UZichungen sind gekennzeichnet mit „nicht wie Bund“

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Kürzung Beihilfebemessungssätze um 20 Prozentpunkte für die Person, die einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung von mind. 41 EUR monatlich erhält.	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	17.000 EUR VVKJ
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	Ja, siehe Ziffer II. Absicherung Ehegatten, eingetragene Lebenspartner
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Mindestsatz GebüH und max. Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Belastungsgrenze für Medikamente/Beförderung/ Hilfsmittel/Haushaltshilfe (auf Antrag)	2 % der/des Dienstbezüge/ Versorgungsbezüge/ Rentenzahlbetrags, bei chronisch Kranken 1 %
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Sehhilfen	Keine Beihilfe für Erwachsene
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	10 EUR pro Tag, max. 28 Tage je KJ
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, Unterkunft bis 16 EUR

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. Lebensjahr
Zahnersatz	Keine Beihilfe für große Brücken und in Anwärterzeit
M+L	Zu 40 % anerkannt
Edelmetall, Keramik	Zu 40 % anerkannt
Implantate	Je Kiefer max. 2 bzw. in bestimmten Fällen max. 4

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung der stationären Beihilfe	Ja
Kürzung Regelleistungen	10 EUR pro Tag max. 28 Tage je KJ
Kürzung Zweibettzimmer	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	10 EUR (nicht wie Bund)

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 450 EUR in Stufe I max. 1.100 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil

Reisen

Innerhalb EU	Ja, kein Vergleich mit BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)
Außerhalb Europas	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)

Sonstiges

Praxisgebühr	Abzgl. 10 EUR je Quartal
Kostendämpfungspausch.	Keine
Besonderheiten	Keine

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Personenkreis – Beihilfe Brandenburg

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70 %. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Bund auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc.

Liegen die Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners bereits seit Jahren unter 18.000 Euro im Kalenderjahr, besteht unverändert Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann die nachfolgende Übergangsregelung: Die alte Grenze von 18.000 Euro gilt bis zur erstmaligen Überschreitung weiter, wenn das Einkommen für 2009 am 13.02.2009 über 17.000 Euro aber unter 18.000 Euro lag.

Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).

Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung mit Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.

Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter

Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Brandenburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung) sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d.h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 00-UA	BZ 50-UA	BW2 00-UA	BZ 30-UA
BN3/2 50-UA	B3 50-UA	BN3/2 30-UA	B3 30-UA
KHT-UA 10	BW2 00-UA	KHT-UA 10	BW2 00-UA
KUR-UA max. 250	BN1/2 50-UA	KUR-UA max. 250	BN1/2 30-UA
PVB	KHT-UA 10	PVB	KHT-UA 10
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70 %)
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Feuerwehrbeamte

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50%		**Bemessungssatz 70%**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 00-U		BW2 00-U	
BN3/2 50-U	BZ 50-U	BN3/2 30-U	BZ 30-U
KHT-U 10	B3 50T-U	KHT-U 10	B3 30-U
KUR-U max. 250	BW2 00-U	KUR-U max. 250	BW2 00-U
PVB	BN1/2 50-U	PVB	BN1/2 30-U
	KHT-U 10		KHT-U 10
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		**Berücksichtigungsfähiges Kind**		**Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden**	
Bemessungssatz 70%		**Bemessungssatz 80%**		**Bemessungssatz 80%**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 00-U		BW2 00-U		BW2 00-UA	BZ 20-UA
BN3/2 30-U	BZ 30-U	BN3/2 20-U	BZ 20-U	BN3/2 20-UA	B3 20-UA
KHT-U 10	B3 30-U	KHT-U 10	B3 20-U	KHT-UA 10	BW2 00-UA
KUR-U max. 250	BW2 00-U	KUR-U max. 250	BW2 00-U	KUR-UA max. 250	BN1/2 20-UA
PVB	BN1/2 30-U	PVB	BN1/2 20-U	PVB	KHT-UA 10
	KHT-U 10		KHT-U 10		KUR-UA max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Heilfürsorge Brandenburg – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Polizeibeamte mit Einstellung vor dem 01.01.1997	Ja	Ja*	Nein	Nein	Nein	Nein
Feuerwehrbeamte	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt

* Beamte hatten einmalige Wahlmöglichkeit zwischen Heilfürsorge und Beihilfe (unwiderruflich)

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Heute entfällt für **Polizeibeamte** die Heilfürsorge mit der Beendigung der Ausbildung und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Brandenburg auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Brandenburg – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Brandenburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- **Polizeibeamte mit Einstellung vor dem 01.01.1997:** Polizeibeamte mit Einstellung vor dem 01.01.1997 hatten ein unwiderrufliches Wahlrecht zwischen Heilfürsorge und Beihilfe. Hat sich der Polizeibeamte für die Beihilfe entschieden, gilt der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Brandenburg auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Brandenburg – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Brandenburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
  Wählte der Polizeibeamte die Heilfürsorge, endet diese spätestens mit dem Ende der aktiven Dienstzeit und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Versorgungsempfänger in Höhe von 70 %, wenn die Heilfürsorge wegen des Eintritts in den Ruhestand endet (siehe Tabelle „Beihilfe Brandenburg auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Brandenburg – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Brandenburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- **Feuerwehrbeamte** haben Anspruch auf Beihilfe. Es gilt der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Brandenburg auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Brandenburg – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Brandenburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Brandenburg – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Brandenburg auf einen Blick“).

Heilfürsorge Brandenburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

Bemessungssatz: 70 % (Heilfürsorge bis längstens zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden****
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-UA 10	BW2 00-U*		
PVB	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	
	KHT-U 10*	B3 30-U*	BW2 00-UZA
	PVB	BW2 00-U*	KHT-UA mind. 10
		BN1/2 30-U*	KUR-UZA***
		KHT-U 10*	Sowie weitere Ergänzungstarife – teils zu Ausbildungsbeiträgen – siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
*** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Brandenburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

Polizeibeamte mit Einstellung vor dem 01.01.1997, die sich für den weiteren Anspruch auf Heilfürsorge entschieden haben.

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

Bemessungssatz: 70 % (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-U 10	BW2 00-U*		
PVB	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	BW2 00-UZ
	KHT-U 10*	B3 30-U*	KHT-U mind. 10
	PVB	BW2 00-U*	KUR-UZ**
		BN1/2 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		KHT-U 10*	
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Brandenburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Beihilfe Bremen auf einen Blick

Bemessungssätze (familienbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 % ambulant/zahn/stationär (nicht wie Bund)	**Max. Bemessungssätze**	70 % ambulant/zahn/stationär (nicht wie Bund)
	+5 % je berücksichtigungsfähigen Angehörigen (nicht wie Bund)	**Bemessungssätze bei dauernder Pflegebedürftigkeit:**	
Versorgungsempfänger	+10 % (nicht wie Bund)	Beihilfeberechtigte 50 %, Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind 70%, Versorgungsempfänger 70 %, Ehegatte/eingetragener Lebenspartner 70 %, Kinder 80 %	
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner (nicht wie Bund)	+5 % wenn berücksichtigungsfähig (nicht wie Bund)	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	10.000 EUR (2010) VKJ (nicht wie Bund)
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	Nein (nicht wie Bund)
Kinder	+5 % wenn berücksichtigungsfähig (nicht wie Bund)	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Kürzung Beihilfebemessungssätze um 10 Prozentpunkte für die Person, die einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung von mind. 41 EUR monatlich erhält.

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Nein (nicht wie Bund)
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	6 EUR (nicht wie Bund)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	Nein (nicht wie Bund)
Belastungsgrenze für Medikamente/Beförderung/ Hilfsmittel/Haushaltshilfe (auf Antrag)	Nein (nicht wie Bund)
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	Nein (nicht wie Bund)
Sehhilfen	Keine Beihilfe für Erwachsene
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	Nein (nicht wie Bund)
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, Unterkunft bis 16 EUR

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. Lebensjahr
Zahnersatz	Keine Beihilfe in Wartezeit von 1 Jahr (nicht wie Bund)
M+L	Zu 60 % anerkannt (nicht wie Bund)
Edelmetall, Keramik	Zu 60 % anerkannt (nicht wie Bund)
Implantate	Je Kiefer max. 2 bzw. in bestimmten Fällen max. 4

BAT: Bundesangestelltentarifvertrag
GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung stationäre Beihilfe	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Regelleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Zweibettzimmer	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	Nein (nicht wie Bund)

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 20 % in Stufe I max. 40 % in Stufe II max. 60 % in Stufe III der Pflegefachkraftkosten (nach Kr. V Anlage 1 b BAT)
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 205 EUR in Stufe I max. 410 EUR in Stufe II max. 665 EUR in Stufe III (nicht wie Bund)
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil (nicht wie Bund)

Reisen

Innerhalb EU	Ja, max. BRD-Kosten (nicht wie Bund)
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (nicht wie Bund)
Außerhalb Europas	Ja, max. BRD-Kosten (nicht wie Bund)

Sonstiges

Praxisgebühr	Keine (nicht wie Bund)
Kostendämpfungspauschale	150 EUR bei 50 %-Beihilfe 120 EUR bei 60 %-Beihilfe 100 EUR bei 70 %-Beihilfe
Besonderheiten	Keine

Personenkreis – Beihilfe Bremen

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

Der familienbezogene Bemessungssatz für Versorgungsempfänger erhöht sich um 10 % auf max. 80 % für ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlungen.

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Es gilt der familienbezogene Bemessungssatz (siehe Tabelle „Beihilfe Bremen auf einen Blick“). Solange der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner nicht selbst beihilfeberechtigt ist oder Einkünfte oberhalb der Einkommensgrenze hat (s. Tabelle „Beihilfe Bremen auf einen Blick“), zählt er zu den berücksichtigungsfähigen Angehörigen und erhöht den Beihilfebemessungssatz um 5 % für alle Personen.

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Das gleiche gilt, wenn der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte hat, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Bremen auf einen Blick“). Dann besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc.

Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).

Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

Es gilt der familienbezogene Bemessungssatz (siehe Tabelle „Beihilfe Bremen auf einen Blick“).

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Gilt als berücksichtigungsfähiges Kind und erhöht den Beihilfebemessungssatz für alle Personen um 5 %, wenn für dieses Kind Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird	Gilt als berücksichtigungsfähiges Kind und erhöht den Beihilfebemessungssatz für alle Personen um 5 %, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung mit Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind und keine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.

Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichigtungsfähiger Angehöriger. Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.

Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Bremen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung)

sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d.h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz bei 1 beihilfeberechtigten Person (d.h. Beamte allein) 50 % ambulant, zahn, stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 1 berücksichtigungsfähigen Person** 55 % ambulant, zahn, stationär	
VisB50-UA	BS 50-UA	VisB45-UA	BS 45-UA
BW2 00-UA	BZ 50-UA	BW2 00-UA	BZ 45-UA
BN3/1 50-UA	B3 50-UA	BN3/1 45-UA	B3 45-UA
KUR-UA max. 250	BW2 00-UA	KUR-UA max. 250	BW2 00-UA
PVB	BN1/1 50-UA	PVB	BN1/1 45-UA
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB
Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 2 berücksichtigungsfähigen Personen 60 % ambulant, zahn, stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 3 berücksichtigungsfähigen Personen** 65 % ambulant, zahn, stationär	
VisB40-UA	BS 40-UA	VisB35-UA	BS 35-UA
BW2 00-UA	BZ 40-UA	BW2 00-UA	BZ 35-UA
BN3/1 40-UA	B3 40-UA	BN3/1 35-UA	B3 35-UA
KUR-UA max. 250	BW2 00-UA	KUR-UA max. 250	BW2 00-UA
PVB	BN1/1 40-UA	PVB	BN1/1 35-UA
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB
Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 4 berücksichtigungsfähigen Personen 70 % ambulant, zahn, stationär			
VisB30-UA	BS 30-UA		
BW2 00-UA	BZ 30-UA		
BN3/1 30-UA	B3 30-UA		
KUR-UA max. 250	BW2 00-UA		
PVB	BN1/1 30-UA		
	KUR-UA max. 215		
	PVB		

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (familienbezogener Bemessungssatz erhöht um 10 %)
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst (nicht im Einsatzdienst)
- Feuerwehrbeamte (nicht im Einsatzdienst)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz bei 1 beihilfeberechtigten Person (d. h. Beamte allein) 50% ambulant, zahn, stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 1 berücksichtigungsfähigen Person** 55% ambulant, zahn, stationär	
VisB50-U	BS 50-U oder BSG 50-U	VisB45-U	BS 45-U oder BSG 45-U
BW2 00-U		BW2 00-U	
BN3/1 50-U	BZ 50-U	BN3/1 45-U	BZ 45-U
KUR-U max. 250	B3 50-U	KUR-U max. 250	B3 45-U
PVB	BW2 00-U	PVB	BW2 00-U
	BN1/1 50-U		BN1/1 45-U
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB
Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 2 berücksichtigungsfähigen Personen 60% ambulant, zahn, stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 3 berücksichtigungsfähigen Personen** 65% ambulant, zahn, stationär	
VisB40-U	BS 40-U oder BSG 40-U	VisB35-U	BS 35-U oder BSG 35-U
BW2 00-U		BW2 00-U	
BN3/1 40-U	BZ 40-U	BN3/1 35-U	BZ 35-U
KUR-U max. 250	B3 40-U	KUR-U max. 250	B3 35-U
PVB	BW2 00-U	PVB	BW2 00-U
	BN1/1 40-U		BN1/1 35-U
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB
Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 4 berücksichtigungsfähigen Personen 70% ambulant, zahn, stationär			
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U		
BW2 00-U			
BN3/1 30-U	BZ 30-U		
KUR-U max. 250	B3 30-U		
PVB	BW2 00-U		
	BN1/1 30-U		
	KUR-U max. 215		
	PVB		

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/eingetragener Lebenspartner und berücksichtigungsfähiges Kind jeweils:

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 1 berücksichtigungsfähigen Person 55% ambulant, zahn, stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 2 berücksichtigungsfähigen Personen** 60% ambulant, zahn, stationär	
VisB45-U	BS 45-U oder BSG 45-U	VisB40-U	BS 40-U oder BSG 40-U
BW2 00-U		BW2 00-U	
BN3/1 45-U	BZ 45-U	BN3/1 40-U	BZ 40-U
KUR-U max. 250	B3 45-U	KUR-U max. 250	B3 40-U
PVB	BW2 00-U	PVB	BW2 00-U
	BN1/1 45-U		BN1/1 40-U
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 3 berücksichtigungsfähigen Personen 65% ambulant, zahn, stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 4 berücksichtigungsfähigen Personen** 70% ambulant, zahn, stationär	
VisB35-U	BS 35-U oder BSG 35-U	VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 00-U		BW2 00-U	
BN3/1 35-U	BZ 35-U	BN3/1 30-U	BZ 30-U
KUR-U max. 250	B3 35-U	KUR-U max. 250	B3 30-U
PVB	BW2 00-U	PVB	BW2 00-U
	BN1/1 35-U		BN1/1 30-U
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden:

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 1 berücksichtigungsfähigen Person 55% ambulant, zahn, stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 2 berücksichtigungsfähigen Personen** 60% ambulant, zahn, stationär	
VisB45-UA	BS 45-UA	VisB40-UA	BS 40-UA
BW2 00-UA	BZ 45-UA	BW2 00-UA	BZ 40-UA
BN3/1 45-UA	B3 45-UA	BN3/1 40-UA	B3 40-UA
KUR-UA max. 250	BW2 00-UA	KUR-UA max. 250	BW2 00-UA
PVB	BN1/1 45-UA	PVB	BN1/1 40-UA
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 3 berücksichtigungsfähigen Personen 65% ambulant, zahn, stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 4 berücksichtigungsfähigen Personen** 70% ambulant, zahn, stationär	
VisB35-UA	BS 35-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 00-UA	BZ 35-UA	BW2 00-UA	BZ 30-UA
BN3/1 35-UA	B3 35-UA	BN3/1 30-UA	B3 30-UA
KUR-UA max. 250	BW2 00-UA	KUR-UA max. 250	BW2 00-UA
PVB	BN1/1 35-UA	PVB	BN1/1 30-UA
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Heilfürsorge Bremen – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte	Ja	Ja	Nein	10 EUR	Nein	Nein
Feuerwehrbeamte im Einsatzdienst	Ja	Ja	Nein	10 EUR	Nein	Nein

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Bei **Polizeibeamten** entfällt mit dem Ende der aktiven Dienstzeit die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der familienbezogene Beihilfebemessungssatz erhöht um 10 % für Versorgungsempfänger (siehe Tabelle „Beihilfe Bremen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Bremen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Bremen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- **Feuerwehrbeamte,** die im Einsatzdienst (Brandbekämpfung und Hilfeleistung) stehen, haben Anspruch auf Heilfürsorge. Sobald der Feuerwehrbeamte nicht mehr im Einsatzdienst steht, entfällt die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der familienbezogene Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Bremen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Bremen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Bremen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Bremen – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Bremen auf einen Blick“).

Heilfürsorge Bremen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

AWFH	
KHT-UA 10	
PVB	
oder	

Bemessungssatz bei 1 beihilfeberechtigten Person (d. h. Beamte allein) 50 % ambulant, zahn, stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 1 berücksichtigungsfähigen Person** 55 % ambulant, zahn, stationär	
VisB50-U*	BS 50-U* oder BSG 50-U*	VisB45-U*	BS 45-U* oder BSG 45-U*
BW2 00-U*		BW2 00-U*	
BN3/1 50-U*	BZ 50-U*	BN3/1 45-U*	BZ 45-U*
PVB	B3 50-U*	PVB	B3 45-U*
	BW2 00-U*		BW2 00-U*
	BN1/1 50-U*		BN1/1 45-U*
	PVB		PVB

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 2 berücksichtigungsfähigen Personen 60 % ambulant, zahn, stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 3 berücksichtigungsfähigen Personen** 65 % ambulant, zahn, stationär	
VisB40-U*	BS 40-U* oder BSG 40-U*	VisB35-U*	BS 35-U* oder BSG 35-U*
BW2 00-U*		BW2 00-U*	
BN3/1 40-U*	BZ 40-U*	BN3/1 35-U*	BZ 35-U*
PVB	B3 40-U*	PVB	B3 35-U*
	BW2 00-U*		BW2 00-U*
	BN1/1 40-U*		BN1/1 35-U*
	PVB		PVB

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 4 berücksichtigungsfähigen Personen 70 % ambulant, zahn, stationär		**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden****
VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
BW2 00-U*		
BN3/1 30-U*	BZ 30-U*	
PVB	B3 30-U*	BW2 00-UZA
	BW2 00-U*	KHT-UA mind. 10
	BN1/1 30-U*	KUR-UZA***
	PVB	Sowie weitere Ergänzungstarife – teils zu Ausbildungsbeiträgen – siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
*** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Bremen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

- Polizeibeamte auf Probe
- Polizeibeamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Polizeibeamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst (im Einsatzdienst)
- Feuerwehrbeamte (im Einsatzdienst)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

AWFH
KHT-U 10
PVB
oder

Bemessungssatz bei 1 beihilfeberechtigten Person (d. h. Beamte allein) 50% ambulant, zahn, stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 1 berücksichtigungsfähigen Person** 55% ambulant, zahn, stationär	
VisB50-U*	BS 50-U* oder BSG 50-U*	VisB45-U*	BS 45-U* oder BSG 45-U*
BW2 00-U*		BW2 00-U*	
BN3/1 50-U*	BZ 50-U*	BN3/1 45-U*	BZ 45-U*
PVB	B3 50-U*	PVB	B3 45-U*
	BW2 00-U*		BW2 00-U*
	BN1/1 50-U*		BN1/1 45-U*
	PVB		PVB

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 2 berücksichtigungsfähigen Personen 60% ambulant, zahn, stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 3 berücksichtigungsfähigen Personen** 65% ambulant, zahn, stationär	
VisB40-U*	BS 40-U* oder BSG 40-U*	VisB35-U*	BS 35-U* oder BSG 35-U*
BW2 00-U*		BW2 00-U*	
BN3/1 40-U*	BZ 40-U*	BN3/1 35-U*	BZ 35-U*
PVB	B3 40-U*	PVB	B3 35-U*
	BW2 00-U*		BW2 00-U*
	BN1/1 40-U*		BN1/1 35-U*
	PVB		PVB

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 4 berücksichtigungsfähigen Personen 70% ambulant, zahn, stationär		**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
BW2 00-U*		
BN3/1 30-U*	BZ 30-U*	BW2 00-UZ
PVB	B3 30-U*	KHT-U mind. 10
	BW2 00-U*	KUR-UZ**
	BN1/1 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife, siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
	PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Bremen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Beihilfe Hamburg auf einen Blick

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Kürzung Beihilfebemessungssätze um 20 Prozentpunkte für die Person, die einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung von mind. 41 EUR monatlich erhält.	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	18.000 EUR VVKJ (nicht wie Bund)
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	Nein (nicht wie Bund)
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Mindestsatz GebüH und max. Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Belastungsgrenze für Medikamente (auf Antrag) (nicht wie Bund)	2 %, max. 312 EUR der/des Dienstbezüge/Versorgungsbezüge/Rentenzahlbetrags KJ (nicht wie Bund), bei chronisch Kranken max. 312 EUR (nicht wie Bund)
Hilfsmittel	GKV-Höchstsätze (nicht wie Bund)
Kürzung Hilfsmittel	Nein (nicht wie Bund)
Sehhilfen	Ja, keine Beihilfe für Brillenfassung (nicht wie Bund)
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	Nein (nicht wie Bund)
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, Unterkunft bis 16 EUR

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. Lebensjahr
Zahnersatz	Keine Beihilfe in der Anwärterzeit (nicht wie Bund)
M+L	Zu 60 % anerkannt (nicht wie Bund)
Edelmetall, Keramik	Zu 60 % anerkannt (nicht wie Bund)
Implantate	Je Kiefer max. 2 (nicht wie Bund)

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung der stationären Beihilfe	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Regelleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Zweibettzimmer	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	Nein (nicht wie Bund)

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 20% in Stufe I max. 40% in Stufe II max. 60% in Stufe III der Pflegefachkraftkosten (nach 7a TVÜ-L (§ 13)) (nicht wie Bund)
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III (nicht wie Bund)
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil (nicht wie Bund)

Reisen

Innerhalb EU	Ja, max. BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Nein (nicht wie Bund)
Außerhalb Europas	Nein (nicht wie Bund)

Sonstiges

Praxisgebühr	Keine (nicht wie Bund)
Kostendämpfungspauschale	25 EUR – 500 EUR abhängig von der Besoldungsgruppe (nicht wie Bund)
Besonderheiten	Keine

VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten
TVÜ-L: Überleitungs-Tarifvertrag in den Tarifvertrag der Länder

Personenkreis – Beihilfe Hamburg

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst, die ab dem 01.08.1998 eingestellt wurden, haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70 %. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Hamburg auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc.

Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).

Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung mit Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.

Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.

Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Hamburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung)

sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 00-UA	BZ 50-UA	BW2 00-UA	BZ 30-UA
BN3/1 50-UA	B3 50-UA	BN3/1 30-UA	B3 30-UA
KUR-UA max. 250	BW2 00-UA	KUR-UA max. 250	BW2 00-UA
PVB	BN1/1 50-UA	PVB	BN1/1 30-UA
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70 %)
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 00-U		BW2 00-U	
BN3/1 50-U	BZ 50-U	BN3/1 30-U	BZ 30-U
KUR-U max. 250	B3 50T-U	KUR-U max. 250	B3 30-U
PVB	BW2 00-U	PVB	BW2 00-U
	BN1/1 50-U		BN1/1 30-U
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		Berücksichtigungsfähiges Kind		Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden	
Bemessungssatz 70%		**Bemessungssatz 80%**		**Bemessungssatz 80%**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 00-U		BW2 00-U		BW2 00-UA	BZ 20-UA
BN3/1 30-U	BZ 30-U	BN3/1 20-U	BZ 20-U	BN3/1 20-UA	B3 20-UA
KUR-U max. 250	B3 30-U	KUR-U max. 250	B3 20-U	KUR-UA max. 250	BW2 00-UA
PVB	BW2 00-U	PVB	BW2 00-U	PVB	BN1/1 20-UA
	BN1/1 30-U		BN1/1 20-U		KUR-UA max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Heilfürsorge Hamburg – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte	Ja	Nein	Nein	10 EUR	Nein	Nein
Feuerwehrbeamte	Ja	Nein	Nein	10 EUR	Nein	Nein
Polizeibeamte mit Einstellung vor dem 01.01.2005	Ja	Ja	Nein	10 EUR	Nein	Nein

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Heute entfällt für **Polizei- und Feuerwehrbeamte** mit der Beendigung der Ausbildung die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Hamburg auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Hamburg – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Hamburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- **Polizeibeamte mit Einstellung vor dem 01.01.2005:** Für Polizeibeamte mit Einstellung vor dem 01.01.2005 endet die freie Heilfürsorge spätestens mit dem Ende der aktiven Dienstzeit und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Versorgungsempfänger in Höhe von 70 % (siehe Tabelle „Beihilfe Hamburg auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Hamburg – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Hamburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Hamburg – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Hamburg auf einen Blick“).

Heilfürsorge Hamburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

AWFH	**Bemessungssatz 50 %**		**Bemessungssatz 70 %****		**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden*****
KHT-UA 10	VisB50T-U*	BS 50T-U* oder BSG 50T-U*	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
PVB	BW2 00-U*		BW2 00-U*		
	BN3/1 50-U*	BZ 50-U*	BN3/1 30-U*	BZ 30-U*	
	PVB	B3 50T-U*	PVB	B3 30-U*	
		BW2 00-U*		BW2 00-U*	
		BN1/1 50-U*		BN1/1 30-U*	BW2 00-UZA
		PVB		PVB	KHT-UA mind. 10
					KUR-UZA****
					Sowie weitere Ergänzungstarife – teils zu Ausbildungsbeiträgen – siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Wenn zwei und mehr Kinder im Familienzuschlag berücksichtigt werden
*** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
**** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Hamburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

- Polizeibeamte mit Einstellung vor dem 01.01.2005
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

AWFH	**Bemessungssatz: 70 %** (Heilfürsorge längstens bis zum Ruhestand)		**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
KHT-U 10	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
PVB	BW2 00-U*		
	BN3/1 30-U*	BZ 30-U*	BW2 00-UZ
	PVB	B3 30-U*	KHT-U mind. 10
		BW2 00-U*	KUR-UZ**
		BN1/1 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Hamburg – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Beihilfe Hessen auf einen Blick

Bemessungssätze (familienbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 % ambulant/zahn 65 % stationär (nicht wie Bund)	**Max. Bemessungssätze**	70 % ambulant/zahn 85 % stationär (nicht wie Bund)
	+5 % je berücksichtigungsfähigen Angehörigen (nicht wie Bund)	**Bemessungssätze bei dauernder Pflegebedürftigkeit:**	
Versorgungsempfänger	+10 % (nicht wie Bund)	Beihilfeberechtigte 50 %, Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind 70 %, Versorgungsempfänger 70 %, Ehegatte 70 %, Kinder 80 %	
Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	+5 %, wenn berücksichtigungsfähig (nicht wie Bund)	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	8.004 EUR* VVKJ (nicht wie Bund)
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	Nein (nicht wie Bund)
Kinder	+5 %, wenn berücksichtigungsfähig (nicht wie Bund)	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/ Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Kürzung Beihilfebemessungssätze um 20 Prozentpunkte für die Person, die einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung von mind. 41 EUR monatlich erhält.

* Steuerlicher Grundfreibetrag nach Einkommensteuergesetz (für 2013 geplant 8.130 EUR, für 2014 geplant 8.354 EUR)

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Mindestsatz GebüH und max. Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	10 EUR je Fahrt (nicht wie Bund)
Belastungsgrenze	Nein (nicht wie Bund)
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Sehhilfen	Ja, keine Beihilfe für Brillenfassung (nicht wie Bund)
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	Nein (nicht wie Bund)
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, Unterkunft bis 16 EUR

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. Lebensjahr
Zahnersatz	Keine Beihilfe in Wartezeit von 1 Jahr (nicht wie Bund)
M+L	Zu 60 % anerkannt (nicht wie Bund)
Edelmetall, Keramik	Zu 60 % anerkannt (nicht wie Bund)
Implantate	Je Kieferhälfte max. 2, in bestimmten Fällen auch mehr (nicht wie Bund)

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Ja
Kürzung der stationären Beihilfe	Ja
Kürzung Regelleistungen	Nein
Kürzung Zweibettzimmer	16 EUR pro Tag (nicht wie Bund)
Kürzung privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	16 EUR (nicht wie Bund)

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 440 EUR in Stufe I max. 1.040 EUR in Stufe II max. 1.510 EUR in Stufe III
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 225 EUR in Stufe I max. 430 EUR in Stufe II max. 685 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.510 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil

Reisen

Innerhalb EU	Ja, kein Vergleich mit BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Ja, ab 1.000 EUR max. BRD-Kosten (nicht wie Bund)
Außerhalb Europas	Ja, ab 1.000 EUR max. BRD-Kosten (nicht wie Bund)

Sonstiges

Praxisgebühr	Abzgl. 10 EUR je Quartal
Kostendämpfungspausch.	Keine
Besonderheiten	Keine

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzl. Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Personenkreis – Beihilfe Hessen

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.
Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst, die ab dem 01.05.2001 eingestellt wurden, haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger
Zu den Versorgungsempfängern zählen:
- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden u. Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

Der familienbezogene Bemessungssatz für Versorgungsempfänger erhöht sich um 10% auf max. 75% für ambulante und zahnärztliche Behandlungen und auf max. 85% für stationäre Behandlungen.

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner
Es gilt der familienbezogene Bemessungssatz (siehe Tabelle „Beihilfe Hessen auf einen Blick“).
Solange der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner nicht selbst beihilfeberechtigt ist oder Einkünfte oberhalb der Einkommensgrenze hat (s. Tabelle „Beihilfe Hessen auf einen Blick“), zählt er zu den berücksichtigungsfähigen Angehörigen und erhöht den Beihilfebemessungssatz um 5% für alle Personen.
Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und der Beihilfebemessungssatz erhöht sich nicht. Das gleiche gilt, wenn der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte hat, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Hessen auf einen Blick“). Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc.
Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).
Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Gilt als berücksichtigungsfähiges Kind und erhöht den Beihilfebemessungssatz für alle Personen um 5%, wenn für dieses Kind Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird	Gilt als berücksichtigungsfähiges Kind und erhöht den Beihilfebemessungssatz für alle Personen um 5%, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung mit Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind und keine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält. Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Sobald das Kind einen Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat, wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“. Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.

Beihilfe Hessen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)
- Polizeianwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung)

sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz bei 1 beihilfeberechtigten Person (d. h. Beamte allein) 50 % ambulant, zahn bzw. 65 % stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 1 berücksichtigungsfähigen Person** 55 % ambulant, zahn bzw. 70 % stationär	
VisB5035-UA	BS 50-UA	VisB4530-UA	BS 45-UA
BW2 35-UA	BZ 50-UA	BW2 30-UA	BZ 45-UA
BN3/1 50-UA	B3 35-UA	BN3/1 45-UA	B3 30-UA
KHT-UA 16	BW2 35-UA	KHT-UA 16	BW2 30-UA
KUR-UA max. 250	BN1/1 50-UA	KUR-UA max. 250	BN1/1 45-UA
PVB	KHT-UA 16	PVB	KHT-UA 16
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB
Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 2 berücksichtigungsfähigen Personen 60 % ambulant, zahn bzw. 75 % stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 3 berücksichtigungsfähigen Personen** 65 % ambulant, zahn bzw. 80 % stationär	
VisB4025-UA	BS 40-UA	VisB3520-UA	BS 35-UA
BW2 25-UA	BZ 40-UA	BW2 20-UA	BZ 35-UA
BN3/1 40-UA	B3 25-UA	BN3/1 35-UA	B3 20-UA
KHT-UA 16	BW2 25-UA	KHT-UA 16	BW2 20-UA
KUR-UA max. 250	BN1/1 40-UA	KUR-UA max. 250	BN1/1 35-UA
PVB	KHT-UA 16	PVB	KHT-UA 16
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB
Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 4 berücksichtigungsfähigen Personen 70 % ambulant, zahn bzw. 85 % stationär			
VisB3015-UA	BS 30-UA		
BW2 15-UA	BZ 30-UA		
BN3/1 30-UA	B3 15-UA		
KHT-UA 16	BW2 15-UA		
KUR-UA max. 250	BN1/1 30-UA		
PVB	KHT-UA 16		
	KUR-UA max. 215		
	PVB		

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (familienbezogener Bemessungssatz erhöht um 10 %)
- Polizeibeamte
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Feuerwehrbeamte

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz bei 1 beihilfeberechtigten Person (d. h. Beamte allein) 50 % ambulant, zahn bzw. 65 % stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 1 berücksichtigungsfähigen Person** 55 % ambulant, zahn bzw. 70 % stationär	
VisB5035-U	BS 50-U oder BSG 50-U	VisB4530-U	BS 45-U oder BSG 45-U
BW2 35-U		BW2 30-U	
BN3/1 50-U	BZ 50-U	BN3/1 45-U	BZ 45-U
KHT-U 16	B3 35-U	KHT-U 16	B3 30-U
KUR-U max. 250	BW2 35-U	KUR-U max. 250	BW2 30-U
PVB	BN1/1 50-U	PVB	BN1/1 45-U
	KHT-U 16		KHT-U 16
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB
Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 2 berücksichtigungsfähigen Personen 60 % ambulant, zahn bzw. 75 % stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 3 berücksichtigungsfähigen Personen** 65 % ambulant, zahn bzw. 80 % stationär	
VisB4025-U	BS 40-U oder BSG 40-U	VisB3520-U	BS 35-U oder BSG 35-U
BW2 25-U		BW2 20-U	
BN3/1 40-U	BZ 40-U	BN3/1 35-U	BZ 35-U
KHT-U 16	B3 25-U	KHT-U 16	B3 20-U
KUR-U max. 250	BW2 25-U	KUR-U max. 250	BW2 20-U
PVB	BN1/1 40-U	PVB	BN1/1 35-U
	KHT-U 16		KHT-U 16
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB
Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 4 berücksichtigungsfähigen Personen 70 % ambulant, zahn bzw. 85 % stationär			
VisB3015-U	BS 30-U oder BSG 30-U		
BW2 15-U			
BN3/1 30-U	BZ 30-U		
KHT-U 16	B3 15-U		
KUR-U max. 250	BW2 15-U		
PVB	BN1/1 30-U		
	KHT-U 16		
	KUR-U max. 215		
	PVB		

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/eingetragener Lebenspartner und berücksichtigungsfähiges Kind jeweils:

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 1 berücksichtigungsfähigen Person 55 % ambulant, zahn bzw. 70 % stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 2 berücksichtigungsfähigen Personen** 60 % ambulant, zahn bzw. 75 % stationär	
VisB4530-U	BS 45-U oder BSG 45-U	VisB4025-U	BS 40-U oder BSG 40-U
BW2 30-U		BW2 25-U	
BN3/1 45-U	BZ 45-U	BN3/1 40-U	BZ 40-U
KHT-U 16	B3 30-U	KHT-U 16	B3 25-U
KUR-U max. 250	BW2 30-U	KUR-U max. 250	BW2 25-U
PVB	BN1/1 45-U	PVB	BN1/1 40-U
	KHT-U 16		KHT-U 16
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 3 berücksichtigungsfähigen Personen 65 % ambulant, zahn bzw. 80 % stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 4 berücksichtigungsfähigen Personen** 70 % ambulant, zahn bzw. 85 % stationär	
VisB3520-U	BS 35-U oder BSG 35-U	VisB3015-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 20-U		BW2 15-U	
BN3/1 35-U	BZ 35-U	BN3/1 30-U	BZ 30-U
KHT-U 16	B3 20-U	KHT-U 16	B3 15-U
KUR-U max. 250	BW2 20-U	KUR-U max. 250	BW2 15-U
PVB	BN1/1 35-U	PVB	BN1/1 30-U
	KHT-U 16		KHT-U 16
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden:

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 1 berücksichtigungsfähigen Person 55 % ambulant, zahn bzw. 70 % stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 2 berücksichtigungsfähigen Personen** 60 % ambulant, zahn bzw. 75 % stationär	
VisB4530-UA	BS 45-UA	VisB4025-UA	BS 40-UA
BW2 30-UA	BZ 45-UA	BW2 25-UA	BZ 40-UA
BN3/1 45-UA	B3 30-UA	BN3/1 40-UA	B3 25-UA
KHT-UA 16	BW2 30-UA	KHT-UA 16	BW2 25-UA
KUR-UA max. 250	BN1/1 45-UA	KUR-UA max. 250	BN1/1 40-UA
PVB	KHT-UA 16	PVB	KHT-UA 16
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 3 berücksichtigungsfähigen Personen 65 % ambulant, zahn bzw. 80 % stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 4 berücksichtigungsfähigen Personen** 70 % ambulant, zahn bzw. 85 % stationär	
VisB3520-UA	BS 35-UA	VisB3015-UA	BS 30-UA
BW2 20-UA	BZ 35-UA	BW2 15-UA	BZ 30-UA
BN3/1 35-UA	B3 20-UA	BN3/1 30-UA	B3 15-UA
KHT-UA 16	BW2 20-UA	KHT-UA 16	BW2 15-UA
KUR-UA max. 250	BN1/1 35-UA	KUR-UA max. 250	BN1/1 30-UA
PVB	KHT-UA 16	PVB	KHT-UA 16
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Heilfürsorge Hessen – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte bei Bereitschaftspolizei	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
Polizeibeamte (nicht bei Bereitschaftspolizei)	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt
Feuerwehrbeamte	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Bei **Polizeibeamten der Bereitschaftspolizei** entfällt spätestens mit dem Ende der aktiven Dienstzeit die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der familienbezogene Beihilfebemessungssatz. Dieser erhöht sich um 10 % für Versorgungsempfänger, wenn die Heilfürsorge wegen des Eintritts in den Ruhestand endet. (siehe Tabelle „Beihilfe Hessen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Hessen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Hessen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“)
- **Polizeibeamte im gehobenen Dienst** bzw. die nicht zur Bereitschaftspolizei gehören, haben Anspruch auf Beihilfe. Es gilt der familienbezogene Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Hessen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Hessen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Hessen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- **Feuerwehrbeamte** haben Anspruch auf Beihilfe. Es gilt der familienbezogene Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Hessen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Hessen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Hessen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Hessen – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Hessen auf einen Blick“).

Heilfürsorge Hessen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter bei Bereitschaftspolizei
- Polizeimeisteranwärter bei Bereitschaftspolizei
- Polizeioberwachtmeisteranwärter bei Bereitschaftspolizei

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

AWFH
KHT-UA 10
PVB
oder

Bemessungssatz bei 1 beihilfeberechtigten Person (d. h. Beamte allein) 50 % ambulant, zahn bzw. 65 % stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 1 berücksichtigungsfähigen Person** 55 % ambulant, zahn bzw. 70 % stationär	
VisB5035-U*	BS 50-U* oder BSG 50-U*	VisB4530-U*	BS 45-U* oder BSG 45-U*
BW2 35-U*		BW2 30-U*	
BN3/1 50-U*	BZ 50-U*	BN3/1 45-U*	BZ 45-U*
KHT-U 16*	B3 35-U*	KHT-U 16*	B3 30-U*
PVB	BW2 35-U*	PVB	BW2 30-U*
	BN1/1 50-U*		BN1/1 45-U*
	KHT-U 16*		KHT-U 16*
	PVB		PVB

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 2 berücksichtigungsfähigen Personen 60 % ambulant, zahn bzw. 75 % stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 3 berücksichtigungsfähigen Personen** 65 % ambulant, zahn bzw. 80 % stationär	
VisB4025-U*	BS 40-U* oder BSG 40-U*	VisB3520-U*	BS 35-U* oder BSG 35-U*
BW2 25-U*		BW2 20-U*	
BN3/1 40-U*	BZ 40-U*	BN3/1 35-U*	BZ 35-U*
KHT-U 16*	B3 25-U*	KHT-U 16*	B3 20-U*
PVB	BW2 25-U*	PVB	BW2 20-U*
	BN1/1 40-U*		BN1/1 35-U*
	KHT-U 16*		KHT-U 16*
	PVB		PVB

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 4 berücksichtigungsfähigen Personen 70 % ambulant, zahn bzw. 85 % stationär		**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden**** – BW2 00-UZA – KHT-UA mind. 16 – KUR-UZA*** Sowie weitere Ergänzungstarife – teils zu Ausbildungsbeiträgen – siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
VisB3015-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
BW2 15-U*		
BN3/1 30-U*	BZ 30-U*	
KHT-U 16*	B3 15-U*	
PVB	BW2 15-U*	
	BN1/1 30-U*	
	KHT-U 16*	
	PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
*** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Hessen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

- Polizeibeamte auf Probe bei Bereitschaftspolizei
- Polizeibeamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn bei Bereitschaftspolizei
- Polizeibeamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen bei Bereitschaftspolizei
- Polizeibeamte bei Bereitschaftspolizei
- Polizeimeister bei Bereitschaftspolizei
- Polizeioberwachtmeister bei Bereitschaftspolizei

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

AWFH
KHT-U 10
PVB

oder

Bemessungssatz bei 1 beihilfeberechtigten Person (d. h. Beamte allein) 50 % ambulant, zahn bzw. 65 % stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 1 berücksichtigungsfähigen Person** 55 % ambulant, zahn bzw. 70 % stationär	
VisB5035-U*	BS 50-U* oder BSG 50-U*	VisB4530-U*	BS 45-U* oder BSG 45-U*
BW2 35-U*		BW2 30-U*	
BN3/1 50-U*	BZ 50-U*	BN3/1 45-U*	BZ 45-U*
KHT-U 16*	B3 35-U*	KHT-U 16*	B3 30-U*
PVB	BW2 35-U*	PVB	BW2 30-U*
	BN1/1 50-U*		BN1/1 45-U*
	KHT-U 16*		KHT-U 16*
	PVB		PVB

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 2 berücksichtigungsfähigen Personen 60 % ambulant, zahn bzw. 75 % stationär		**Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 3 berücksichtigungsfähigen Personen** 65 % ambulant, zahn bzw. 80 % stationär	
VisB4025-U*	BS 40-U* oder BSG 40-U*	VisB3520-U*	BS 35-U* oder BSG 35-U*
BW2 25-U*		BW2 20-U*	
BN3/1 40-U*	BZ 40-U*	BN3/ 1 35-U*	BZ 35-U*
KHT-U 16*	B3 25-U*	KHT-U 16*	B3 20-U*
PVB	BW2 25-U*	PVB	BW2 20-U*
	BN1/1 40-U*		BN1/1 35-U*
	KHT-U 16*		KHT-U 16*
	PVB		PVB

Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigtem + 4 berücksichtigungsfähigen Personen 70 % ambulant, zahn bzw. 85 % stationär		**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
VisB3015-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
BW2 15-U*		
BN3/1 30-U*	BZ 30-U*	BW2 00-UZ
KHT-U 16*	B3 15-U*	KHT-U mind. 16
PVB	BW2 15-U*	KUR-UZ**
	BN1/1 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
	KHT-U 16*	
	PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Hessen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern auf einen Blick

Angeschlossen an die Beihilferegelungen des Bundes, ABWE-UZichungen sind gekennzeichnet mit „nicht wie Bund“

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Kürzung Beihilfebemessungssätze um 20 Prozentpunkte für die Person, die einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung von mind. 41 EUR monatlich erhält.	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	17.000 EUR VVKJ
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	Ja, siehe Ziffer II. Absicherung Ehegatten, eingetragene Lebenspartner
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Mindestsatz GebüH und max. Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Belastungsgrenze für Medikamente/Beförderung/ Hilfsmittel/Haushaltshilfe (auf Antrag)	2 % der/des Dienstbezüge/ Versorgungsbezüge/Rentenzahlbetrags, bei chronisch Kranken 1 %
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Sehhilfen	Keine Beihilfe für Erwachsene
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	10 EUR pro Tag, max. 28 Tage je KJ
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, Unterkunft bis 16 EUR

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. LJ
Zahnersatz	Keine Beihilfe für große Brücken und in Anwärterzeit
M+L	Zu 40 % anerkannt
Edelmetall, Keramik	Zu 40 % anerkannt
Implantate	Je Kiefer max. 2 bzw. in bestimmten Fällen max. 4

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung der stationären Beihilfe	Ja
Kürzung Regelleistungen	10 EUR pro Tag, max. 28 Tage je KJ
Kürzung Zweibettzimmer	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	10 EUR (nicht wie Bund)

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 450 EUR in Stufe I max. 1.100 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil

Reisen

Innerhalb EU	Ja, kein Vergleich mit BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)
Außerhalb Europas	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)

Sonstiges

Praxisgebühr	Abzgl. 10 EUR je Quartal
Kostendämpfungspausch.	Keine
Besonderheiten	Keine

GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Personenkreis – Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70 %. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Bund auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc.

Liegen die Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners bereits seit Jahren unter 18.000 Euro im Kalenderjahr, besteht unverändert Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann die nachfolgende Übergangsregelung: Die alte Grenze von 18.000 Euro gilt bis zur erstmaligen Überschreitung weiter, wenn das Einkommen für 2009 am 13.02.2009 über 17.000 Euro, aber unter 18.000 Euro lag.

Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung ohne Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.

Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter. Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung)

sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 00-UA	BZ 50-UA	BW2 00-UA	BZ 30-UA
BN3/2 50-UA	B3 50-UA	BN3/2 30-UA	B3 30-UA
KHT-UA 10	BW2 00-UA	KHT-UA 10	BW2 00-UA
KUR-UA max. 250	BN1/2 50-UA	KUR-UA max. 250	BN1/2 30-UA
PVB	KHT-UA 10	PVB	KHT-UA 10
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70 %)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 00-U		BW2 00-U	
BN3/2 50-U	BZ 50-U	BN3/2 30-U	BZ 30-U
KHT-U 10	B3 50T-U	KHT-U 10	B3 30-U
KUR-U max. 250	BW2 00-U	KUR-U max. 250	BW2 00-U
PVB	BN1/2 50-U	PVB	BN1/2 30-U
	KHT-U 10		KHT-U 10
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		Berücksichtigungsfähiges Kind		Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden	
Bemessungssatz 70 %		**Bemessungssatz 80 %**		**Bemessungssatz 80 %**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 00-U		BW2 00-U		BW2 00-UA	BZ 20-UA
BN3/2 30-U	BZ 30-U	BN3/2 20-U	BZ 20-U	BN3/2 20-UA	B3 20-UA
KHT-U 10	B3 30-U	KHT-U 10	B3 20-U	KHT-UA 10	BW2 00-UA
KUR-U max. 250	BW2 00-U	KUR-U max. 250	BW2 00-U	KUR-UA max. 250	BN1/2 20-UA
PVB	BN1/2 30-U	PVB	BN1/2 20-U	PVB	KHT-UA 10
	KHT-U 10		KHT-U 10		KUR-UA max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Heilfürsorge Mecklenburg-Vorpommern – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte	Ja	Ja	Nein	10 EUR	Nein	Nein
Feuerwehrbeamte	Ja	Nein	Nein	10 EUR	Nein	Nein

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Bei **Polizeibeamten** entfällt mit dem Ende der aktiven Dienstzeit die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Versorgungsempfänger in Höhe von 70 % (siehe Tabelle „Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- Für **Feuerwehrbeamte** entfällt mit der Beendigung der Ausbildung die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern auf einen Blick“).

Heilfürsorge Mecklenburg-Vorpommern – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

AWFH	**Bemessungssatz: 70 %** (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)		**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden****
KHT-UA 10	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
PVB	BW2 00-U*		
	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	
	KHT-U 10*	B3 30-U*	BW2 00-UZA
	PVB	BW2 00-U*	KHT-UA mind. 10
		BN1/2 30-U*	KUR-UZA***
		KHT-U 10*	Sowie weitere Ergänzungstarife – teils zu Ausbildungsbeiträgen – siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
*** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

- Polizeibeamte auf Probe
- Polizeibeamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Polizeibeamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Feuerwehrbeamte

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

AWFH	**Bemessungssatz: 70 %** (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)		**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
KHT-U 10	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
PVB	BW2 00-U*		
	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	BW2 00-UZ
	KHT-U 10*	B3 30-U*	KHT-U mind. 10
	PVB	BW2 00-U*	KUR-UZ**
		BN1/2 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		KHT-U 10*	
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Mecklenburg-Vorpommern – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Beihilfe Niedersachsen auf einen Blick

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Kürzung Beihilfebemessungssätze um 20 Prozentpunkte für die Person, die einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung von mind. 41 EUR monatlich erhält.	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	18.000 EUR VVKJ oder 18.000 EUR KJ (nicht wie Bund) Sonderregelung bei Dienstort im Ausland
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	Nein (nicht wie Bund)
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Mindestsatz GebüH und max. Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Belastungsgrenze für Medikamente/Beförderung/ Hilfsmittel (auf Antrag) (nicht wie Bund)	2 % der/des Dienstbezüge/ Versorgungsbezüge/Rentenzahlbetrags, bei chronisch Kranken 1 %
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR).
Sehhilfen	Keine Beihilfe für Erwachsene
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	10 EUR pro Tag, max. 28 Tage je KJ
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, Unterkunft bis 16 EUR

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. Lebensjahr
Zahnersatz	Keine Beihilfe für große Brücken und in Anwärterzeit
M+L	Zu 40 % anerkannt
Edelmetall, Keramik	Zu 40 % anerkannt
Implantate	Je Kiefer max. 4 (nicht wie Bund)

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung der stationären Beihilfe	Ja
Kürzung Regelleistungen	10 EUR pro Tag, max. 28 Tage je KJ
Kürzung Zweibettzimmer	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	10 EUR (nicht wie Bund)

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 30 Einsätze in Stufe I max. 60 Einsätze in Stufe II max. 90 Einsätze in Stufe III (nicht wie Bund)
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil

Reisen

Innerhalb EU	Ja, max. BRD-Kosten (nicht wie Bund)
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (nicht wie Bund)
Außerhalb Europas	Ja, max. BRD-Kosten (nicht wie Bund)

Sonstiges

Praxisgebühr	Abzgl. 10 EUR je Quartal
Kostendämpfungspausch.	Keine
Besonderheiten	Keine

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte; GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte; GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker; KJ: Kalenderjahr; VKJ: Vorkalenderjahr; VVKJ: Vorvorkalenderjahr; GKV: Gesetzliche Krankenversicherung; M+L: Material- und Laborkosten

Personenkreis – Beihilfe Niedersachsen

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst, die ab dem 01.01.1999 eingestellt wurden, haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70 %. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Bund auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc. Ggf. wird die Einkommensgrenze um den/auf den für den Dienstort des Beamten festgesetzten Kaufkraftausgleich erhöht bzw. ermäßigt, wenn der Landesbeamte seinen dienstlichen Wohnsitz im Ausland hat oder im Ausland eingesetzt ist und der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner mit im Ausland lebt.
Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).
Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung ohne Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber nicht die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.
Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.
Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.
Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Niedersachsen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)
- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung)

sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 00-UA	BZ 50-UA	BW2 00-UA	BZ 30-UA
BN3/2 50-UA	B3 50-UA	BN3/2 30-UA	B3 30-UA
KHT-UA 10	BW2 00-UA	KHT-UA 10	BW2 00-UA
KUR-UA max. 250	BN1/2 50-UA	KUR-UA max. 250	BN1/2 30-UA
PVB	KHT-UA 10	PVB	KHT-UA 10
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70 %)
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst (nicht im Einsatzdienst)
- Feuerwehrbeamte (nicht im Einsatzdienst)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 00-U		BW2 00-U	
BN3/2 50-U	BZ 50-U	BN3/2 30-U	BZ 30-U
KHT-U 10	B3 50T-U	KHT-U 10	B3 30-U
KUR-U max. 250	BW2 00-U	KUR-U max. 250	BW2 00-U
PVB	BN1/2 50-U	PVB	BN1/2 30-U
	KHT-U 10		KHT-U 10
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		Berücksichtigungsfähiges Kind		Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden	
Bemessungssatz 70 %		**Bemessungssatz 80 %**		**Bemessungssatz 80 %**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 00-U		BW2 00-U		BW2 00-UA	BZ 20-UA
BN3/2 30-U	BZ 30-U	BN3/2 20-U	BZ 20-U	BN3/2 20-UA	B3 20-UA
KHT-U 10	B3 30-U	KHT-U 10	B3 20-U	KHT-UA 10	BW2 00-UA
KUR-U max. 250	BW2 00-U	KUR-U max. 250	BW2 00-U	KUR-UA max. 250	BN1/2 20-UA
PVB	BN1/2 30-U	PVB	BN1/2 20-U	PVB	KHT-UA 10
	KHT-U 10		KHT-U 10		KUR-UA max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Heilfürsorge – Niedersachsen
Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt
Polizeibeamte mit Einstellung vor dem 01.02.1999	Ja	Ja*	Nein	Nein	Nein	Nein
Feuerwehrbeamte im Einsatzdienst	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein

* Beamte hat einmalige Wahlmöglichkeit zwischen Heilfürsorge und Beihilfe (unwiderruflich)

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Heute haben **Polizeibeamte** Anspruch auf Beihilfe. Es gilt der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Niedersachsen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Niedersachsen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Niedersachsen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- **Polizeibeamte mit Einstellung vor dem 01.02.1999:** Polizeibeamte mit Einstellung vor dem 01.02.1999 haben ein unwiderrufliches Wahlrecht zwischen Heilfürsorge und Beihilfe. Hat sich der Polizeibeamte für die Beihilfe entschieden, gilt der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Niedersachsen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Niedersachsen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Niedersachsen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
  Wählte der Polizeibeamte die Heilfürsorge, endet diese spätestens mit dem Ende der aktiven Dienstzeit und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Versorgungsempfänger in Höhe von 70 %, wenn die Heilfürsorge wegen des Eintritts in den Ruhestand endet (siehe Tabelle „Beihilfe Niedersachsen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Niedersachsen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Niedersachsen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

- **Feuerwehrbeamte,** die im Einsatzdienst (Brandbekämpfung und Hilfeleistung) stehen, haben Anspruch auf Heilfürsorge. Sobald der Feuerwehrbeamte nicht mehr im Einsatzdienst steht, entfällt die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Niedersachsen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Niedersachsen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Niedersachsen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Niedersachsen – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Niedersachsen auf einen Blick“).

Heilfürsorge Niedersachsen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

- Polizeibeamte mit Einstellung vor dem 01.02.1999, die sich für den weiteren Anspruch auf Heilfürsorge entschieden haben
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst im Einsatzdienst
- Feuerwehrbeamte im Einsatzdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

Bemessungssatz: 70 % (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-U 10	BW2 00-U*		
PVB	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	BW2 00-UZ
	KHT-U 10*	B3 30-U*	KHT-U mind. 10
	PVB	BW2 00-U*	KUR-UZ**
		BN1/2 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		KHT-U 10*	
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Niedersachsen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Beihilfe Nordrhein-Westfalen auf einen Blick

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Keine Kürzung der Bemessungssätze bei Erhalt eines Beitragszuschusses zur privaten Krankenversicherung (nicht wie Bund)	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	18.000 EUR VKJ
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	Nein (nicht wie Bund)
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Bis Höchstsätze lt. Vertrag mit Heilpraktikerverbänden
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	Nein (nicht wie Bund)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	Nein (nicht wie Bund)
Belastungsgrenze für Kostendämpfungspausch./ Krankenhaus/M+L (auf Antrag) (nicht wie Bund)	2 % der/des Dienstbezüge/Versorgungsbezüge/Rentenzahlbetrags (nicht wie Bund)
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	Nein (nicht wie Bund)
Sehhilfen	Ja, keine Beihilfe für Brillenfassung (nicht wie Bund)
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	Nein (nicht wie Bund)
Heilkuren	Unterkunft bis 30 EUR (nicht wie Bund)

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. Lebensjahr
Zahnersatz	Keine Beihilfe in Anwärterzeit (nicht wie Bund)
M+L	Zu 60 % anerkannt (nicht wie Bund)
Edelmetall, Keramik	Zu 60 % anerkannt (nicht wie Bund)
Implantate	Je Kiefer max. 2 (nicht wie Bund)

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Ja
Kürzung der stationären Beihilfe	Ja
Kürzung Regelleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Zweibettzimmer	15 EUR pro Tag, max. 30 Tage je KJ (nicht wie Bund)
Kürzung privatärztliche Behandlung	10 EUR pro Tag, max. 30 Tage je KJ (nicht wie Bund)
KHT-Angebot	25 EUR

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 450 EUR in Stufe I max. 1.100 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil (nicht wie Bund)

Reisen

Innerhalb EU, Europäischer Wirtschaftsraum (nicht wie Bund)	Ja, kein Vergleich mit BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Ja, ab 1.000 EUR max. BRD-Kosten (nicht wie Bund)
Außerhalb Europas	Ja, ab 1.000 EUR max. BRD-Kosten (nicht wie Bund)
Kosten für Reise-KV	Ja, bis 10 EUR pro Person

Sonstiges

Praxisgebühr	Keine (nicht wie Bund)
Kostendämpfungspauschale	150 EUR – 750 EUR je KJ, abhängig von Besoldungsgruppe (nicht wie Bund)
Besonderheiten	KHT- und Summenversicherungen über 80 EUR werden angerechnet (nicht wie Bund)

Personenkreis – Beihilfe Nordrhein-Westfalen

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst, die ab dem 01.01.1999 eingestellt wurden, haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70 %. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Nordrhein-Westfalen auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc.
Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).
Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung ohne Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.
Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.
Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.
Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatte eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Nordrhein-Westfalen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung) sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 50-UA	BZ 50-UA	BW2 30-UA	BZ 30-UA
BN3/1 50-UA	B3 50-UA	BN3/1 30-UA	B3 30-UA
KHT-UA 25	BW2 50-UA	KHT-UA 25	BW2 30-UA
KUR-UA max. 250	BN1/1 50-UA	KUR-UA max. 250	BN1/1 30-UA
PVB	KHT-UA 25	PVB	KHT-UA 25
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70 %)
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Feuerwehrbeamte

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder/ BSG 30-U
BW2 50T-U		BW2 30-U	
BN3/1 50-U	BZ 50-U	BN3/1 30-U	BZ 30-U
KHT-U 25	B3 50T-U	KHT-U 25	B3 30-U
KUR-U max. 250	BW2 50T-U	KUR-U max. 250	BW2 30-U
PVB	BN1/1 50-U	PVB	BN1/1 30-U
	KHT-U 25		KHT-U 25
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Hinweis

KHT- und sonstige Summenversicherungen (z. B. Kurtagegeld, Pflegetagegeld, monatliches Pflegegeld usw.) bis 80 Euro pro Tag (= 2.400 Euro pro Monat) bleiben bei der Beihilfe unberücksichtigt, auch wenn die Summe der Beihilfe und der (aus gleichem Grund zustehenden) Versicherungsleistungen die entstandenen Kosten bereits zu 100 % übersteigt.

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		**Berücksichtigungsfähiges Kind**		**Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden**	
Bemessungssatz 70 %		**Bemessungssatz 80 %**		**Bemessungssatz 80 %**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 30-U		BW2 20-U		BW2 20-UA	BZ 20-UA
BN3/1 30-U	BZ 30-U	BN3/1 20-U	BZ 20-U	BN3/1 20-UA	B3 20-UA
KHT-U 25	B3 30-U	KHT-U 25	B3 20-U	KHT-UA 25	BW2 20-UA
KUR-U max. 250	BW2 30-U	KUR-U max. 250	BW2 20-U	KUR-UA max. 250	BN1/1 20-UA
PVB	BN1/1 30-U	PVB	BN1/1 20-U	PVB	KHT-UA 25
	KHT-U 25		KHT-U 25		KUR-UA max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Bitte beachten Sie den Hinweis zu KHT- und sonstigen Summenversicherungen auf Seite 96.

Heilfürsorge Nordrhein-Westfalen – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	**Heilfürsorge nach der Ausbildung**	**Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge**	**Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge**		
				Regelleistung	**2-Bettzimmer**	**Privatärztliche Behandlung**
Polizeibeamte	Ja	Ja	Ja, 50% oder 70% je nach Anzahl Kinder	Nein	15 EUR	10 EUR
Feuerwehrbeamte	Nein	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Entfällt

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Für **Polizeibeamte** entfällt mit dem Ende der aktiven Dienstzeit die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Versorgungsempfänger in Höhe von 70 % (siehe Tabelle „Beihilfe Nordrhein-Westfalen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Nordrhein-Westfalen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Nordrhein-Westfalen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- **Feuerwehrbeamte** haben Anspruch auf Beihilfe. Es gilt der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Nordrhein-Westfalen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Nordrhein-Westfalen – Ziffer I. „Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Nordrhein-Westfalen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Nordrhein-Westfalen – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Nordrhein-Westfalen auf einen Blick“).

Heilfürsorge Nordrhein-Westfalen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

Bemessungssatz: 70 % (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden****
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-UA 10	BW2 30-U*		
PVB	BN3/1 30-U*	BZ 30-U*	
	KHT-U 25*	B3 30-U*	BW2 50-UZA bzw. BW2 30-UZA***
	PVB	BW2 30-U*	KHT-UA mind. 25
		BN1/1 30-U*	KUR-UZA****
		KHT-U 25*	Sowie weitere Ergänzungstarife – teils zu Ausbildungsbeiträgen – siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
*** Ist abhängig von der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder
**** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Nordrhein-Westfalen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

- Polizeibeamte auf Probe
- Polizeibeamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Polizeibeamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

Bemessungssatz: 70 % (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-U 10	BW2 30-U*		
PVB	BN3/1 30-U*	BZ 30-U*	BW2 50T-U bzw. BW2 30-U**
	KHT-U 25*	B3 30-U*	KHT-U mind. 25
	PVB	BW2 30-U*	KUR-UZ***
		BN1/1 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		KHT-U 25*	
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Ist abhängig von der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder
*** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Nordrhein-Westfalen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Bitte beachten Sie den Hinweis zu KHT- und sonstigen Summenversicherungen auf Seite 96.

Beihilfe Rheinland-Pfalz auf einen Blick

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Kürzung Beihilfebemessungssätze um 20 Prozentpunkte für die Person, die einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V zur privaten Krankenversicherung erhält (nicht wie Bund)	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %	**Erhöhter Bemessungssatz**	80 % (auch für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner), siehe Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen (nicht wie Bund)
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	8.004 EUR* VVKJ bei Heirat nach 31.12.2011, 20.450 EUR VVKJ bei Heirat vor 01.01.2012 (nicht wie Bund)
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/eingetr. Lebenspartner	Nein (nicht wie Bund)
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

* Steuerlicher Grundfreibetrag nach Einkommensteuergesetz (für 2013 geplant 8.130 EUR, für 2014 geplant 8.354 EUR)

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Mindestsatz GebüH und max. Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	Nein (nicht wie Bund)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	Nein (nicht wie Bund)
Belastungsgrenze für Medikamente/Beförderung/Hilfsmittel/Haushaltshilfe (auf Antrag)	Nein (nicht wie Bund)
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	Nein (nicht wie Bund)
Sehhilfen	Ja, keine Beihilfe für Brillenfassung (nicht wie Bund)
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 23 Tage (inkl. An-/Abreise) (nicht wie Bund)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	Nein (nicht wie Bund)
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, Unterkunft bis 16 EUR

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Ja, zum Erhalt Kaufähigkeit, Schutz vor Krankheiten (nicht wie Bund)
Zahnersatz	Keine Beihilfe innerhalb Wartezeit von 1 Jahr (nicht wie Bund)
M+L	Zu 60 % anerkannt (nicht wie Bund)
Edelmetall, Keramik	Zu 60 % anerkannt (nicht wie Bund)
Implantate	Je Kiefer max. 2 bzw. in bestimmten Fällen max. 4 – 6 (nicht wie Bund)

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Ja, bei Gehaltsabzug von 26 EUR mtl. (nicht wie Bund)
Kürzung der stationären Beihilfe	Ja
Kürzung Regelleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Zweibettzimmer	12 EUR pro Tag (nicht wie Bund)
Kürzung privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	12 EUR (nicht wie Bund)

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 450 EUR in Stufe I max. 1.100 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III darüber hinaus abzgl. besoldungsabhängigem Eigenanteil (nicht wie Bund)
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	Bis max. niedrigster Pflegekostensatz vor Ort nach Grad der Pflegebedürftigkeit (nicht wie Bund)
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil (nicht wie Bund)

Reisen

Innerhalb EU	Ja, kein Vergleich mit BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (erst ab 1.000 EUR) (nicht wie Bund)
Außerhalb Europas	Ja, max. BRD-Kosten (erst ab 1.000 EUR) (nicht wie Bund)

Sonstiges

Praxisgebühr	Keine (nicht wie Bund)
Kostendämpfungspauschale	100 EUR – 750 EUR je KJ abhängig von Besoldungsgruppe (nicht wie Bund)
Besonderheiten	Keine

Personenkreis – Beihilfe Rheinland-Pfalz

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Wenn der Beihilfeberechtigte bzw. Versorgungsempfänger geringe Einkünfte und hohe PKV-Beiträge hat, erhöht sich der Beihilfebemessungssatz auf 80 % (auch für berücksichtigungsfähige Ehegatten). Die mtl. Einkünfte dürfen dabei 1.940 Euro (Ledige 1.680 Euro) nicht überschreiten und der PKV-Beitrag muss höher als 15 % der Einkünfte sein.
Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70 %. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Rheinland-Pfalz auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc. Abhängig vom Datum der Heirat gelten unterschiedliche Einkommensgrenzen für die Beihilfe: der jeweils geltende steuerliche Grundfreibetrag bei Heirat nach dem 31.12.2011 und 20.450 Euro bei Heirat vor dem 01.01.2012. (Der steuerliche Grundfreibetrag beträgt für die Jahre 2010 bis 2012 jeweils 8.004 Euro, für 2013 ist geplant 8.130 Euro, für 2014 ist geplant 8.354 Euro).
Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).
Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung ohne Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.
Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.
Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.
Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Rheinland-Pfalz – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)
- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung)

sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d.h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50%		**Bemessungssatz 70%**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 50-UA	BZ 50-UA	BW2 30-UA	BZ 30-UA
BN3/1 50-UA	B3 50-UA	BN3/1 30-UA	B3 30-UA
KHT-UA 12	BW2 50-UA	KHT-UA 12	BW2 30-UA
KUR-UA max. 250	BN1/1 50-UA	KUR-UA max. 250	BN1/1 30-UA
PVB	KHT-UA 12	PVB	KHT-UA 12
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d.h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70%)
- Polizeibeamte*
- Polizeimeister*
- Polizeioberwachtmeister*
- Polizeikommissare*
- Polizeivollzugsbeamte*
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Feuerwehrbeamte

* **nicht** in der Bereitschaftspolizei

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50%		**Bemessungssatz 70%**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 50T-U		BW2 30-U	
BN3/1 50-U	BZ 50-U	BN3/1 30-U	BZ 30-U
KHT-U 12	B3 50T-U	KHT-U 12	B3 30-U
KUR-U max. 250	BW2 50T-U	KUR-U max. 250	BW2 30-U
PVB	BN1/1 50-U	PVB	BN1/1 30-U
	KHT-U 12		KHT-U 12
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		Berücksichtigungsfähiges Kind		Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden	
Bemessungssatz 70 %		**Bemessungssatz 80 %**		**Bemessungssatz 80 %**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 30-U		BW2 20-U		BW2 20-UA	BZ 20-UA
BN3/1 30-U	BZ 30-U	BN3/1 20-U	BZ 20-U	BN3/1 20-UA	B3 20-UA
KHT-U 12	B3 30-U	KHT-U 12	B3 20-U	KHT-UA 12	BW2 20-UA
KUR-U max. 250	BW2 30-U	KUR-U max. 250	BW2 20-U	KUR-UA max. 250	BN1/1 20-UA
PVB	BN1/1 30-U	PVB	BN1/1 20-U	PVB	KHT-UA 12
	KHT-U 12		KHT-U 12		KUR-UA max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Heilfürsorge Rheinland-Pfalz – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt
Bereitschaftspolizeibeamte	Nein	Ja	Ja, bei Gehaltsabzug von 26 EUR mtl.	Nein	Ja, 12 EUR pro Tag	Nein
Feuerwehrbeamte	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- **Polizeibeamte** werden im 1. Jahr nach Beendigung der Ausbildung in der Bereitschaftspolizei eingesetzt, ggf. auch darüber hinaus, und erhalten Heilfürsorge, solange sie der Bereitschaftspolizei zugeordnet sind. Der Anspruch auf Heilfürsorge entfällt mit der Versetzung aus der Bereitschaftspolizei in andere Bereiche und es besteht erneut Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte in Höhe von 50 % bzw. 70 % ab 2 Kindern im Familienzuschlag oder als Versorgungsempfänger in Höhe von 70 % (siehe Tabelle „Beihilfe Rheinland-Pfalz auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Rheinland-Pfalz – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Rheinland-Pfalz – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- **Feuerwehrbeamte** haben Anspruch auf Beihilfe. Es gilt der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Rheinland-Pfalz auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Rheinland-Pfalz – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Rheinland-Pfalz – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Rheinland-Pfalz – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Rheinland-Pfalz auf einen Blick“).

Heilfürsorge Rheinland-Pfalz – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

- Polizeibeamte auf Probe bei der Bereitschaftspolizei
- Polizeibeamte auf Zeit bei der Bereitschaftspolizei, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Polizeibeamte auf Lebenszeit bei der Bereitschaftspolizei mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Polizeibeamte bei der Bereitschaftspolizei
- Polizeivollzugsbeamte bei der Bereitschaftspolizei

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

Bemessungssatz: 70 % (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-U 12	BW2 30-U*		
PVB	BN3/1 30-U*	BZ 30-U*	BW2 50T-UZ bzw. BW2 30-UZ ab 2 Kindern im Familienzuschlag
	KHT-U 12*	B3 30-U*	KHT-U mind. 12
	PVB	BW2 30-U*	KUR-UZ**
		BN1/1 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U
		KHT-U 12 *	
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Rheinland-Pfalz – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Beihilfe Saarland auf einen Blick

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Kürzung Beihilfebemessungssätze um 20 Prozentpunkte für die Person, die einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung von mind. 40,90 EUR monatlich (nicht wie Bund) erhält.	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	16.000 EUR VVKJ (nicht wie Bund)
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	Nein (nicht wie Bund)
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder
		Einkommensgrenze Kind	8.004 EUR (2010) im KJ

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Nein (nicht wie Bund)
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente (nicht wie Bund)	Nein (nicht wie Bund)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	Nein (nicht wie Bund)
Belastungsgrenze für Medikamente/Beförderung/ Hilfsmittel/Haushaltshilfe (auf Antrag)	Nein (nicht wie Bund)
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	Nein (nicht wie Bund)
Sehhilfen	Keine Beihilfe für Erwachsene
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	Nein
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, Unterkunft bis 10 EUR (nicht wie Bund)

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. LJ
Zahnersatz	Keine Beihilfe in Anwärterzeit (nicht wie Bund)
M+L	Zu 50 % anerkannt (nicht wie Bund)
Edelmetall, Keramik	Zu 50 % anerkannt (nicht wie Bund)
Implantate	Je Kiefer max. 2 bzw. in bestimmten Fällen max. 4

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung der stat. Beihilfe	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Regelleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Zweibettzimmer	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	Nein (nicht wie Bund)

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 450 EUR in Stufe I max. 1.100 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil (nicht wie Bund)

Reisen

Innerhalb EU	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 550 EUR) (nicht wie Bund)
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 550 EUR) (nicht wie Bund)
Außerhalb Europas	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 550 EUR) (nicht wie Bund)

Sonstiges

Praxisgebühr	Keine (nicht wie Bund)
Kostendämpfungspausch.	100 bis 750 EUR je KJ abhängig von Besoldungsgruppe (nicht wie Bund)
Besonderheiten	Keine

Personenkreis – Beihilfe Saarland

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst, die ab dem 01.01.1999 eingestellt wurden, haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70 %. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Saarland auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc.
Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).
Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung ohne Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.
Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.
Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.
Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Saarland – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)
- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung)

sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 00-UA	BZ 50-UA	BW2 00-UA	BZ 30-UA
BN3/1 50-UA	B3 50-UA	BN3/1 30-UA	B3 30-UA
KUR-UA max. 250	BW2 00-UA	KUR-UA max. 250	BW2 00-UA
PVB	BN1/1 50-UA	PVB	BN1/1 30-UA
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70 %)
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Feuerwehrbeamte

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 00-U		BW2 00-U	
BN3/1 50-U	BZ 50-U	BN3/1 30-U	BZ 30-U
KUR-U max. 250	B3 50T-U	KUR-U max. 250	B3 30-U
PVB	BW2 00-U	PVB	BW2 00-U
	BN1/1 50-U		BN1/1 30-U
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		Berücksichtigungsfähiges Kind		Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden	
Bemessungssatz 70 %		**Bemessungssatz 80 %**		**Bemessungssatz 80 %**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 00-U		BW2 00-U		BW2 00-UA	BZ 20-UA
BN3/1 30-U	BZ 30-U	BN3/1 20-U	BZ 20-U	BN3/1 20-UA	B3 20-UA
KUR-U max. 250	B3 30-U	KUR-U max. 250	B3 20-U	KUR-UA max. 250	BW2 00-UA
PVB	BW2 00-U	PVB	BW2 00-U	PVB	BN1/1 20-UA
	BN1/1 30-U		BN1/1 20-U		KUR-UA max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Heilfürsorge Saarland – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt
Feuerwehrbeamte	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt

Heute haben Polizeibeamte und Feuerwehrbeamte Anspruch auf Beihilfe. Es gilt der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Saarland auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Saarland – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Saarland – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Saarland – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Saarland auf einen Blick“).

Beihilfe Sachsen auf einen Blick

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Keine Kürzung Beihilfebemessungssätze um 20 Prozentpunkte für die Person, die einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung von mind. 41 EUR monatlich erhält. (nicht wie Bund)	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	18.000 EUR VVKJ (nicht wie Bund)
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	Nein (nicht wie Bund)
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Mindestsatz GebüH und max. Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente preisabhängig (nicht wie Bund)	4,00 EUR (bis 16 EUR), 4,50 EUR (ab 16,01 EUR bis 26 EUR), 5,00 EUR (ab 26,01 EUR)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	10 EUR je einfache Fahrt (nicht wie Bund)
Belastungsgrenze für Medikamente/Beförderung (auf Antrag) (nicht wie Bund)	2 % der/des Dienstbezüge/Versorgungsbezüge/Rentenzahlbetrags, bei chronisch Kranken 1 %
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	Nein (nicht wie Bund)
Sehhilfen	Ja, keine Beihilfe für Brillenfassungen (nicht wie Bund)
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	Nein (nicht wie Bund)
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte aktiver Dienst, Unterkunft bis 16 EUR (abzgl. 12,50 EUR)

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. Lebensjahr
Zahnersatz	Keine Beihilfe für große Brücken und in Anwärterzeit
M+L	Zu 40 % anerkannt
Edelmetall, Keramik	Zu 40 % anerkannt
Implantate	Je Kiefer max. 2 bzw. in bestimmten Fällen max. 4

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Ja
Kürzung der stationären Beihilfe	Ja
Kürzung Regelleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Zweibettzimmer	14,50 EUR pro Tag
Kürzung privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	15 EUR (nicht wie Bund)

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 450 EUR in Stufe I max. 1.100 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil

Reisen

Innerhalb EU	Ja, kein Vergleich mit BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)
Außerhalb Europas	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)

Sonstiges

Praxisgebühr	Keine (nicht wie Bund)
Kostendämpfungspausch.	80 EUR KJ (nicht wie Bund)
Besonderheiten	Keine

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Personenkreis – Beihilfe Sachsen

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70%. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Sachsen auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc., sowie vergleichbare ausländische Einkünfte.
Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).
Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80% Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung ohne Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.
Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Sobald das Kind einen Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat, wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).
Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Sachsen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung)

sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 50-UA	BZ 50-UA	BW2 30-UA	BZ 30-UA
BN3/2 50-UA	B3 50-UA	BN3/2 30-UA	B3 30-UA
KHT-UA 15	BW2 50-UA	KHT-UA 15	BW2 30-UA
KUR-UA max. 250	BN1/2 50-UA	KUR-UA max. 250	BN1/2 30-UA
PVB	KHT-UA 15	PVB	KHT-UA 15
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70 %)
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst (nicht im Einsatzdienst)
- Feuerwehrbeamte (nicht im Einsatzdienst)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder/ BSG 30-U
BW2 50T-U		BW2 30-U	
BN3/2 50-U	BZ 50-U	BN3/2 30-U	BZ 30-U
KHT-U 15	B3 50T-U	KHT-U 15	B3 30-U
KUR-U max. 250	BW2 50T-U	KUR-U max. 250	BW2 30-U
PVB	BN1/2 50-U	PVB	BN1/2 30-U
	KHT-U 15		KHT-U 15
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		Berücksichtigungsfähiges Kind		Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden	
Bemessungssatz 70 %		**Bemessungssatz 80 %**		**Bemessungssatz 80 %**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 30-U		BW2 20-U		BW2 20-UA	
BN3/2 30-U	BZ 30-U	BN3/2 20-U	BZ 20-U	BN3/2 20-UA	BZ 20-UA
KHT-U 15	B3 30-U	KHT-U 15	B3 20-U	KHT-UA 15	B3 20-UA
KUR-U max. 250	BW2 30-U	KUR-U max. 250	BW2 20-U	KUR-UA max. 250	BW2 20-UA
PVB	BN1/2 30-U	PVB	BN1/2 20-U	PVB	BN1/2 20-UA
	KHT-U 15		KHT-U 15		KHT-UA 15
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB		PVB

Heilfürsorge Sachsen – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
Feuerwehrbeamte im Einsatzdienst	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Für **Polizeibeamte** entfällt mit dem Ende der aktiven Dienstzeit die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Versorgungsempfänger in Höhe von 70 % (siehe Tabelle „Beihilfe Sachsen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Sachsen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Sachsen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- **Feuerwehrbeamte,** die im Einsatzdienst (Brandbekämpfung und Hilfeleistung) stehen, haben Anspruch auf Heilfürsorge. Sobald der Feuerwehrbeamte nicht mehr im Einsatzdienst steht, entfällt die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Sachsen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Sachsen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Sachsen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Sachsen – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Sachsen auf einen Blick“).

Heilfürsorge Sachsen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

Bemessungssatz: 70 % (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden****
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-UA 10	BW2 30-U*		
PVB	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	
	KHT-U 15*	B3 30-U*	BW2 00-UZA
	PVB	BW2 30-U*	KHT-UA
		BN1/2 30-U*	KUR-UZA***
		KHT-U 15*	Sowie weitere Ergänzungstarife – teils zu Ausbildungsbeiträgen – siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
*** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Sachsen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

- Polizeibeamte auf Probe
- Polizeibeamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Polizeibeamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst im Einsatzdienst
- Feuerwehrbeamte im Einsatzdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

Bemessungssatz: 70 % (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-U 10	BW2 30-U*		
PVB	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	BW2 00-UZ
	KHT-U 15*	B3 30-U*	KHT-U
	PVB	BW2 30-U*	KUR-UZ**
		BN1/2 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		KHT-U 15*	
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Sachsen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Beihilfe Sachsen-Anhalt auf einen Blick

Angeschlossen an die Beihilferegelungen des Bundes, ABWE-UZichungen sind gekennzeichnet mit „nicht wie Bund“

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Kürzung Beihilfebemessungssätze um 20 Prozentpunkte für die Person, die einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung von mind. 41 EUR monatlich erhält.	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	17.000 EUR VVKJ
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	Ja, siehe Ziffer II. Absicherung Ehegatten, eingetragene Lebenspartner
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder
		Einkommensgrenze Kind	8.004 EUR (2010) im KJ

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Mindestsatz GebüH und max. Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Belastungsgrenze für Medikamente /Beförderung/ Hilfsmittel/Haushaltshilfe (auf Antrag)	2 % der/des Dienstbezüge/ Versorgungsbezüge/Rentenzahlbetrags, bei chronisch Kranken 1 %
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Sehhilfen	Keine Beihilfe für Erwachsene
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	10 EUR pro Tag, max. 28 Tage je KJ
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, Unterkunft bis 16 EUR

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. Lebensjahr
Zahnersatz	Keine Beihilfe für große Brücken und in Anwärterzeit
M+L	Zu 40 % anerkannt
Edelmetall, Keramik	Zu 40 % anerkannt
Implantate	Je Kiefer max. 2 bzw. in bestimmten Fällen max. 4

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Ja
Kürzung der stationären Beihilfe	Ja
Kürzung Regelleistungen	10 EUR pro Tag, max. 28 Tage je KJ
Kürzung Zweibettzimmer	14,50 EUR pro Tag
Kürzung privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	25 EUR

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 450 EUR in Stufe I max. 1.100 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil

Reisen

Innerhalb EU	Ja, kein Vergleich mit BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)
Außerhalb Europas	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)

Sonstiges

Praxisgebühr	Abzgl. 10 EUR je Quartal
Kostendämpfungspauschale	Keine
Besonderheiten	Keine

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Personenkreis – Beihilfe Sachsen-Anhalt

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70 %. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Sachsen-Anhalt auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc.

Liegen die Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners bereits seit Jahren unter 18.000 Euro im Kalenderjahr, besteht unverändert Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann die nachfolgende Übergangsregelung: Die alte Grenze von 18.000 Euro gilt bis zur erstmaligen Überschreitung weiter, wenn das Einkommen für 2009 am 13.02.2009 über 17.000 Euro aber unter 18.000 Euro lag.

Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).

Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung ohne Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.

Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.

Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Sachsen-Anhalt – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung)

sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 50-UA	BZ 50-UA	BW2 30-UA	BZ 30-UA
BN3/2 50-UA	B3 50-UA	BN3/2 30-UA	B3 30-UA
KHT-UA 25	BW2 50-UA	KHT-UA 25	BW2 30-UA
KUR-UA max. 250	BN1/2 50-UA	KUR-UA max. 250	BN1/2 30-UA
PVB	KHT-UA 25	PVB	KHT-UA 25
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70 %)
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst (nicht im Einsatzdienst)
- Feuerwehrbeamte (nicht im Einsatzdienst)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder/ BSG 30-U
BW2 50T-U		BW2 30-U	
BN3/2 50-U	BZ 50-U	BN3/2 30-U	BZ 30-U
KHT-U 25	B3 50T-U	KHT-U 25	B3 30-U
KUR-U max. 250	BW2 50T-U	KUR-U max. 250	BW2 30-U
PVB	BN1/2 50-U	PVB	BN1/2 30-U
	KHT-U 25		KHT-U 25
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		Berücksichtigungsfähiges Kind		Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden	
Bemessungssatz 70 %		**Bemessungssatz 80 %**		**Bemessungssatz 80 %**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 30-U		BW2 20-U		BW2 20-UA	BZ 20-UA
BN3/2 30-U	BZ 30-U	BN3/2 20-U	BZ 20-U	BN3/2 20-UA	B3 20-UA
KHT-U 25	B3 30-U	KHT-U 25	B3 20-U	KHT-UA 25	BW2 20-UA
KUR-U max. 250	BW2 30-U	KUR-U max. 250	BW2 20-U	KUR-UA max. 250	BN1/2 20-UA
PVB	BN1/2 30-U	PVB	BN1/2 20-U	PVB	KHT-UA 25
	KHT-U 25		KHT-U 25		KUR-UA max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Heilfürsorge Sachsen-Anhalt – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte	Ja	Ja	Nein	9 EUR	Nein	Nein
Feuerwehrbeamte im Einsatzdienst	Ja	Ja	Nein	9 EUR	Nein	Nein

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Für **Polizeibeamte** entfällt mit dem Ende der aktiven Dienstzeit die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Versorgungsempfänger in Höhe von 70 % (siehe Tabelle „Beihilfe Sachsen-Anhalt auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Sachsen-Anhalt – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Sachsen-Anhalt – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- **Feuerwehrbeamte,** die im Einsatzdienst (Brandbekämpfung und Hilfeleistung) stehen, haben Anspruch auf Heilfürsorge. Sobald der Feuerwehrbeamte nicht mehr im Einsatzdienst steht, entfällt die Heilfürsorge und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Sachsen-Anhalt auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Sachsen-Anhalt – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Sachsen-Anhalt – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Sachsen-Anhalt – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Sachsen-Anhalt auf einen Blick“).

Heilfürsorge Sachsen-Anhalt – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

Bemessungssatz: 70 % (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden****
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-UA 10	BW2 30-U*		
PVB	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	
	KHT-U 25*	B3 30-U*	BW2 00-UZA
	PVB	BW2 30-U*	KHT-UA
		BN1/2 30-U*	KUR-UZA***
		KHT-U 25*	Sowie weitere Ergänzungstarife – teils zu Ausbildungsbeiträgen – siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
*** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Sachsen-Anhalt – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

- Polizeibeamte auf Probe
- Polizeibeamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Polizeibeamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst im Einsatzdienst
- Feuerwehrbeamte im Einsatzdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

Bemessungssatz: 70 % (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-U 10	BW2 30-U*		
PVB	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	BW2 00-UZ
	KHT-U 25*	B3 30-U*	KHT-U
	PVB	BW2 30-U*	KUR-UZ**
		BN1/2 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		KHT-U 25*	
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Sachsen-Anhalt – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Beihilfe Schleswig-Holstein auf einen Blick

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Keine Kürzung der Bemessungssätze bei Erhalt eines Beitragszuschusses zur privaten Krankenversicherung (nicht wie Bund)	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	18.000 EUR VVKJ (nicht wie Bund)
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	Nein (nicht wie Bund)
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Mindestsatz GebüH und max. Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	Nein (nicht wie Bund)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	Nein (nicht wie Bund)
Belastungsgrenze für Medikamente/Beförderung/Hilfsmittel/Haushaltshilfe (auf Antrag)	Nein (nicht wie Bund)
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	Nein (nicht wie Bund)
Sehhilfen	Ja, Brillenfassung 20 EUR anerkannt (nicht wie Bund)
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	Nein (nicht wie Bund)
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, Unterkunft bis 16 EUR

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. LJ
Zahnersatz	Keine Beihilfe für große Brücken und in der Anwärterzeit
M+L	Zu 60 % anerkannt (nicht wie Bund)
Edelmetall, Keramik	Zu 60 % anerkannt (nicht wie Bund)
Implantate	Je Kiefer max. 2 (nicht wie Bund)

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung der stationären Beihilfe	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Regelleistungen	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung Zweibettzimmer	Nein (nicht wie Bund)
Kürzung privatärztliche Behandlung	Nein
KHT-Angebot	Entfällt (nicht wie Bund)

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 450 EUR in Stufe I max. 1.100 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 235 EUR in Stufe I max. 440 EUR in Stufe II max. 700 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.550 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil

Reisen

Innerhalb EU	Ja, kein Vergleich mit BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)
Außerhalb Europas	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 1.000 EUR)

Sonstiges

Praxisgebühr	Keine (nicht wie Bund)
Kostendämpfungspauschale	50 EUR – 500 EUR KJ Abhängig von Besoldungsgruppe (nicht wie Bund)
Besonderheiten	Keine

VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Personenkreis – Beihilfe Schleswig-Holstein

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben keinen Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst, die ab dem 01.01.2004 eingestellt wurden oder zu diesem Zeitpunkt noch nicht 40 Jahre alt waren, haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70 %.

Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Schleswig-Holstein auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc.

Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).

Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung ohne Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.

Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.

Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Schleswig-Holstein – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Referendare (Rechtsreferendare haben keinen Beihilfeanspruch mehr)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung)

sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d.h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50%		**Bemessungssatz 70%**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 00-UA	BZ 50-UA	BW2 00-UA	BZ 30-UA
BN3/1 50-UA	B3 50-UA	BN3/1 30-UA	B3 30-UA
KUR-UA max. 250	BW2 00-UA	KUR-UA max. 250	BW2 00-UA
PVB	BN1/1 50-UA	PVB	BN1/1 30-UA
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d.h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70%)
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst (nicht im Einsatzdienst)
- Feuerwehrbeamte (nicht im Einsatzdienst)

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50%		**Bemessungssatz 70%**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 00-U		BW2 00-U	
BN3/1 50-U	BZ 50-U	BN3/1 30-U	BZ 30-U
KUR-U max. 250	B3 50T-U	KUR-U max. 250	B3 30-U
PVB	BW2 00-U	PVB	BW2 00-U
	BN1/1 50-U		BN1/1 30-U
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		Berücksichtigungsfähiges Kind		Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden	
Bemessungssatz 70 %		**Bemessungssatz 80 %**		**Bemessungssatz 80 %**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 00-U		BW2 00-U		BW2 00-UA	BZ 20-UA
BN3/1 30-U	BZ 30-U	BN3/1 20-U	BZ 20-U	BN3/1 20-UA	B3 20-UA
KUR-U max. 250	B3 30-U	KUR-U max. 250	B3 20-U	KUR-UA max. 250	BW2 00-UA
PVB	BW2 00-U	PVB	BW2 00-U	PVB	BN1/1 20-UA
	BN1/1 30-U		BN1/1 20-U		KUR-UA max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Heilfürsorge Schleswig-Holstein
Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte	Ja*	Ja*	Nein	Nein	Nein	Nein
Feuerwehrbeamte im Einsatzdienst	Ja*	Ja*	Nein	Nein	Nein	Nein

* Beamte hat einmalige Wahlmöglichkeit zwischen Heilfürsorge und Beihilfe (unwiderruflich)

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Polizeibeamte haben ein unwiderrufliches Wahlrecht zwischen Heilfürsorge und Beihilfe.
  Hat sich der Polizeibeamte für die Beihilfe entschieden, gilt der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Schleswig-Holstein auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Schleswig-Holstein – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Schleswig-Holstein – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
  Wählt der Polizeibeamte die Heilfürsorge, endet diese spätestens mit dem Ende der aktiven Dienstzeit und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Versorgungsempfänger in Höhe von 70 % (siehe Tabelle „Beihilfe Schleswig-Holstein auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Schleswig-Holstein – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Schleswig-Holstein – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

- **Feuerwehrbeamte, die im Einsatzdienst (Brandbekämpfung und Hilfeleistung) stehen,** haben ein unwiderrufliches Wahlrecht zwischen Heilfürsorge und Beihilfe.
  Hat sich der Feuerwehrbeamte für die Beihilfe entschieden, gilt der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Schleswig-Holstein auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Schleswig-Holstein – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Schleswig-Holstein – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
  Wählt der Feuerwehrbeamte die Heilfürsorge, endet diese, sobald er nicht mehr im Einsatzdienst steht.
  Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte. Endet die Heilfürsorge wegen Ende der aktiven Dienstzeit, besteht Anspruch auf Beihilfe – es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Versorgungsempfänger in Höhe von 70 % (siehe Tabelle „Beihilfe Schleswig-Holstein auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Schleswig-Holstein – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Schleswig-Holstein – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Schleswig-Holstein – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Schleswig-Holstein auf einen Blick“).

Heilfürsorge Schleswig-Holstein – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

Bemessungssatz: 70 % (Heilfürsorge bis längstens zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden****
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-UA 10	BW2 00-U*		
PVB	BN3/1 30-U*		
	PVB	BZ 30-U*	
		B3 30-U*	BW2 00-UZA
		BW2 00-U*	KHT-UA
		BN1/1 30-U*	KUR-UZA***
		PVB	Sowie weitere Ergänzungstarife – teils zu Ausbildungsbeiträgen – siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
*** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Schleswig-Holstein – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte?

- Polizeibeamte auf Probe
- Polizeibeamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Polizeibeamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst im Einsatzdienst
- Feuerwehrbeamte im Einsatzdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte

Bemessungssatz: 70% (Heilfürsorge bis zum Ruhestand)			**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d. h. mit Leistungsanspruch) abgeschlossen werden:**
AWFH	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
KHT-U 10	BW2 00-U*		
PVB	BN3/1 30-U*	BZ 30-U*	BW2 00-UZ
	PVB	B3 30-U*	KHT-U
		BW2 00-U*	KUR-UZ**
		BN1/1 30-U*	Sowie weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-U, EG035-U, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U
		PVB	

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Schleswig-Holstein – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Beihilfe Thüringen auf einen Blick

Bemessungssätze (personenbezogen)

Beihilfeberechtigte	50 %	Kürzung Beihilfebemessungssätze um 20 Prozentpunkte für die Person, die einen Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung von mind. 41 EUR monatlich erhält.	
Beihilfeberechtigte mit mehr als einem Kind	70 %		
Versorgungsempfänger	70 %		
Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	70 %	**Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner**	18.000 EUR VVKJ (nicht wie Bund)
		Übergangsregelung Einkommensgrenze Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner	Nein (nicht wie Bund)
Kinder	80 %	**Berücksichtigung Kind**	bis max. 25 Jahre + Wehr-/Zivildienst – siehe Ziffer II. Absicherung Kinder

Leistungen der Beihilfe

Ambulante Behandlung

Ärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOÄ
Heilpraktiker	Mindestsatz GebüH und max. Regelhöchstsatz GOÄ
Medikamente	Verordnungsfähige Medikamente bis GKV-Festbeträge
Kürzung Medikamente	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Fahrtkosten (Beförderung)	Ja
Kürzung Fahrtkosten	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Belastungsgrenze für Medikamente/Beförderung/Hilfsmittel (auf Antrag) (nicht wie Bund)	2 % der/des Dienstbezüge/ Versorgungsbezüge/Rentenzahlbetrags, bei chronisch Kranken 1 %
Hilfsmittel	s. Beihilfekatalog/-höchstsätze
Kürzung Hilfsmittel	10 % (mind. 5 EUR, max. 10 EUR)
Sehhilfen	Keine Beihilfe für Erwachsene
Rehabilitationsmaßnahmen	Ja, alle 4 Jahre max. 21 Tage (ohne An-/Abreise)
Sanatoriumsbehandlungen	Max. niedrigster Satz der jeweiligen Einrichtung
Kürzung Sanatorium	10 EUR pro Tag, max. 28 Tage je KJ
Heilkuren	Nur Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst, Unterkunft bis 16 EUR

Zahnbehandlung

Zahnärztliche Behandlung	Bis Höchstsatz GOZ
Kieferorthopädie	Bei Beginn vor dem 18. Lebensjahr
Zahnersatz	Keine Beihilfe für große Brücken und in Anwärterzeit
M+L	Zu 40 % anerkannt
Edelmetall, Keramik	Zu 40 % anerkannt
Implantate	Je Kiefer max. 2 bzw. in bestimmten Fällen max. 4

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

Krankenhausbehandlung

Regelleistungen	Ja
Wahlleistungen	Ja
Kürzung der stationären Beihilfe	Ja
Kürzung Regelleistungen (nicht wie Bund)	nein
Kürzung Zweibettzimmer	7,50 EUR pro Tag
Kürzung privatärztliche Behandlung	25 EUR pro Tag
KHT-Angebot	33 EUR

Pflege

Häusliche Pflege durch Pflegekraft oder teilstationäre Pflege	max. 30 Einsätze in Stufe I max. 60 Einsätze in Stufe II max. 90 Einsätze in Stufe III
Häusliche Pflege durch Angehörige	max. 225 EUR in Stufe I max. 430 EUR in Stufe II max. 685 EUR in Stufe III
Stationäre Pflege	max. 1.023 EUR in Stufe I max. 1.279 EUR in Stufe II max. 1.510 EUR in Stufe III
Unterkunft/Verpflegung	Ja, abzüglich Eigenanteil

Reisen

Innerhalb EU	Ja, kein Vergleich mit BRD-Kosten
Außerhalb EU in Europa	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 550 EUR) (nicht wie Bund)
Außerhalb Europas	Ja, max. BRD-Kosten (für Kosten ambulant/zahn erst ab 550 EUR) (nicht wie Bund)

Sonstiges

Praxisgebühr	Abzgl. 10 EUR je Quartal
Kostendämpfungspausch.	Keine
Besonderheiten	Rechtsreferendare haben Beihilfeanspruch

GebüH: Gebührenordnung für Heilpraktiker
KJ: Kalenderjahr
VKJ: Vorkalenderjahr
VVKJ: Vorvorkalenderjahr
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
M+L: Material- und Laborkosten

Personenkreis – Beihilfe Thüringen

I. Beihilfeberechtigte Personen

Rechtsreferendare haben Anspruch auf Beihilfe.

Arbeitnehmer im Öffentlichen Dienst haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Für sie gelten die Tarifangebote analog den Arbeitnehmern in der Privatwirtschaft. Dennoch gehören sie zu dem Kundensegment ÖD, weshalb Angebote und Verträge mit der Marke DBV zu erstellen sind.

Versorgungsempfänger

Der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger beträgt 70 %. Zu den Versorgungsempfängern zählen:

- Ruhestandsbeamte
- Beamte, die wegen Erreichen der Altersgrenze aus dem Dienst ausgeschieden sind
- Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit aus dem Dienst entlassen wurden und Anspruch auf Versorgungsbezüge haben

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Absicherung Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Ist der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so ist er kein berücksichtungsfähiger Angehöriger. Hat der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner eigene Einkünfte, die die Einkommensgrenze übersteigen (s. Tabelle „Beihilfe Thüringen auf einen Blick“), besteht kein Anspruch auf Beihilfe. Maßgebend sind alle Einkünfte, z. B. Gehalt, Mieten, Pachten, Zinsen etc.
Wird die Einkommensgrenze unterschritten, besteht ein Anspruch auf Beihilfe. Allerdings wird die Beihilfe bei bestehender GKV-Pflichtversicherung nur für die beihilfefähigen Aufwendungen gezahlt, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer).
Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Absicherung Kinder

18 Jahre und jünger	Zwischen 18 und 25 Jahren	25 Jahre und älter
Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind	Generell 80 % Beihilfebemessungssatz für das Kind, wenn für dieses Kind noch Kindergeld/Familienzuschlag gezahlt wird. **Voraussetzung:** Kind ist in erstmaliger Berufs-/Schulausbildung, Erststudium, ohne Ausbildungsplatz, ohne Arbeitsplatz, zweiter Berufs-/Schul-/Zusatzausbildung ohne Erwerbstätigkeit mit weniger als 20 Stunden/Woche (Ausbildungsverhältnis oder geringfügige Beschäftigung nach SGB V zählen hier nicht zur Erwerbstätigkeit) oder Kind hat Behinderung und keine eigenen Einkünfte	Kein Beihilfeanspruch für das Kind Ausnahme: Verlängerung durch Wehr-/Ersatzdienstzeit (aber **nicht** die Zeit des freiwilligen Wehrdienstes) oder Behinderung ohne eigene Einkünfte

Kinder erhalten Beihilfe über den Elternteil, der den Familienzuschlag tatsächlich erhält.
Ist das Kind selbst beihilfeberechtigt (z. B. als Anwärter, Beamter auf Widerruf im Vorbereitungsdienst), so ist es kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger.
Hat das Kind einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (z. B. als Beamtenanwärter, Polizeianwärter, Soldat auf Zeit), ist das Kind kein berücksichtigungsfähiger Angehöriger und hat dadurch einen Beihilfeanspruch als Beihilfeberechtigter.
Sobald Kinder in der GKV (mit-)versichert sind (z. B. über eine GKV-Pflichtversicherung eines Elternteils), wird die Beihilfe nur noch auf die beihilfefähigen Krankheitskosten erbracht, die von der GKV nicht (ganz) abgesichert sind (Beispiele: Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfe, stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer). Tarifangebot siehe Seite 140 „Zusatzversicherungen für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten“.

Beihilfe Thüringen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Beamte während der Ausbildung?

- Beamtenanwärter
- Beamte in Ausbildung
- Beamte im Vorbereitungsdienst
- Referendare – auch Rechtsreferendarenen haben Beihilfeanspruch

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte in der Ausbildung (ohne Alterungsrückstellung) sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d. h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr) – siehe Annahmerichtlinien „Ausbildungsbeiträge“

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-UA	BS 50-UA	VisB30-UA	BS 30-UA
BW2 50-UA	BZ 50-UA	BW2 30-UA	BZ 30-UA
BN3/2 50-UA	B3 50-UA	BN3/2 30-UA	B3 30-UA
KHT-UA 33	BW2 50-UA	KHT-UA 33	BW2 30-UA
KUR-UA max. 250	BN1/2 50-UA	KUR-UA max. 250	BN1/2 30-UA
PVB	KHT-UA 33	PVB	KHT-UA 33
	KUR-UA max. 215		KUR-UA max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Welchen Status haben Beamte?“

Welchen Status haben Beamte?

- Beamtenanfänger
- Beamte auf Probe
- Beamte auf Zeit, d. h. direkter Einstieg in die Beamtenlaufbahn
- Beamte auf Lebenszeit mit lfd. Dienst- bzw. Versorgungsbezügen
- Versorgungsempfänger, Ruhestandsbeamte, Pensionäre (ausschließlich Bemessungssatz 70 %)
- Polizeibeamte
- Polizeimeister
- Polizeioberwachtmeister
- Polizeikommissare
- Polizeivollzugsbeamte
- Feuerwehrbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- Feuerwehrbeamte im Einsatzdienst

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für Beihilfeberechtigte

Bemessungssatz 50 %		**Bemessungssatz 70 %**	
VisB50T-U	BS 50T-U oder BSG 50T-U	VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U
BW2 50T-U		BW2 30-U	
BN3/2 50-U	BZ 50-U	BN3/2 30-U	BZ 30-U
KHT-U 33	B3 50T-U	KHT-U 33	B3 30-U
KUR-U max. 250	BW2 50T-U	KUR-U max. 250	BW2 30-U
PVB	BN1/2 50-U	PVB	BN1/2 30-U
	KHT-U 33		KHT-U 33
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215
	PVB		PVB

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähiger Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner		Berücksichtigungsfähiges Kind		Kinder ab 20 Jahren, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, können zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) versichert werden	
Bemessungssatz 70 %		**Bemessungssatz 80 %**		**Bemessungssatz 80 %**	
VisB30-U	BS 30-U oder BSG 30-U	VisB20-U	BS 20-U oder BSG 20-U	VisB20-UA	BS 20-UA
BW2 30-U		BW2 20-U		BW2 20-UA	BZ 20-UA
BN3/2 30-U	BZ 30-U	BN3/2 20-U	BZ 20-U	BN3/2 20-UA	B3 20-UA
KHT-U 33	B3 30-U	KHT-U 33	B3 20-U	KHT-UA 33	BW2 20-UA
KUR-U max. 250	BW2 30-U	KUR-U max. 250	BW2 20-U	KUR-UA max. 250	BN1/2 20-UA
PVB	BN1/2 30-U	PVB	BN1/2 20-U	PVB	KHT-UA 33
	KHT-U 33		KHT-U 33		KUR-UA max. 215
	KUR-U max. 215		KUR-U max. 215		PVB
	PVB		PVB		

Heilfürsorge Thüringen – Absicherungsbedarf für Heilfürsorgeberechtigte und deren Angehörige

I. Anspruchsberechtigte Personen

	Heilfürsorge während der Ausbildung	Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf stationäre Wahlleistungen während der Heilfürsorge	Abzug bei stationärer Heilbehandlung während der Heilfürsorge		
				Regelleistung	2-Bettzimmer	Privatärztliche Behandlung
Polizeibeamte	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Feuerwehrbeamte	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Entfällt	Entfällt

Der Anspruch auf Heilfürsorge besteht nur für einen vorübergehenden Zeitraum. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung für die Zeit nach Wegfall der Heilfürsorge. Der Gesundheitszustand bleibt erhalten. Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Es sind die Tarife in Anwartschaft zu stellen, die mit dem Ende der Heilfürsorge einen beihilfekonformen Versicherungsschutz bieten.

- Für **Polizeibeamte** entfällt die Heilfürsorge mit der Beendigung der Ausbildung und es besteht Anspruch auf Beihilfe. Es gilt dann der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Thüringen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Thüringen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Thüringen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).
- **Feuerwehrbeamte** haben Anspruch auf Beihilfe. Es gilt der Beihilfebemessungssatz für Beihilfeberechtigte (siehe Tabelle „Beihilfe Thüringen auf einen Blick“, „Personenkreis – Beihilfe Thüringen – Ziffer I. Beihilfeberechtigte Personen“ und „Beihilfe Thüringen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“).

II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder von Heilfürsorgeberechtigten haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Beihilfe (siehe „Personenkreis – Beihilfe Thüringen – Ziffer II. Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“ in Verbindung mit der Tabelle „Beihilfe Thüringen auf einen Blick“).

Heilfürsorge Thüringen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten

Welchen Status haben Heilfürsorgeberechtigte während der Ausbildung?

- Polizeianwärter
- Polizeimeisteranwärter
- Polizeioberwachtmeisteranwärter
- Polizeikommissaranwärter
- Polizeivollzugsbeamte in Ausbildung
- Polizeivollzugsbeamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

Tarife Vision B-U / Tarifgruppe B-U/Tarif AWFH für Heilfürsorgeberechtigte in der Ausbildung

AWFH	**Bemessungssatz 50%**		**Bemessungssatz 70%****		**Nachfolgende Tarife können auch während der Heilfürsorge (d.h. mit Leistungsanspruch) zu Ausbildungsbeiträgen (ohne Alterungsrückstellung) abgeschlossen werden*** **
KHT-UA 10	VisB50T-U*	BS 50T-U* oder BSG 50T-U*	VisB30-U*	BS 30-U* oder BSG 30-U*	
PVB	BW2 50T-U*		BW2 30-U*		
	BN3/2 50-U*	BZ 50-U*	BN3/2 30-U*	BZ 30-U*	
	KHT-U 33*	B3 50T-U*	KHT-U 33*	B3 30-U*	
	PVB	BW2 50T-U*	PVB	BW2 30-U*	
		BN1/2 50-U*		BN1/2 30-U*	BW2 00-UZA
		KHT-U 33*		KHT-U 33*	KHT-UA mind. 33
		PVB		PVB	KUR-UZA****
					Sowie weitere Ergänzungstarife – teils zu Ausbildungsbeiträgen – siehe Kapitel Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte: Tarife EG080-UA, EG035-UA, Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U, Akut-U, DENT Komfort-U, DENT Premium-U

* Als Kleine oder Große Anwartschaftsversicherung
** Wenn zwei und mehr Kinder im Familienzuschlag berücksichtigt werden
*** Sofern bereits das 16. Lebensjahr vollendet wurde (d.h. bereits der 16. Geburtstag gefeiert wurde) bis max. EA 33 (= Beginnjahr . /. Geburtsjahr)
**** In Verbindung mit Tarifen Vision B-U max. 250 Tarifstufen, in Verbindung mit Tarifgruppe B-U max. 215 Tarifstufen

Tarife Vision B-U/Tarifgruppe B-U für berücksichtigungsfähige Angehörige

Siehe „Beihilfe Thüringen – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten, welchen Status haben Beamte?“

Leistungsvergleich ÖD-Tarife

Leistungsbestandteile für Beihilfeberechtigte*	Tarifgruppe B-U: **BS-U/BSG-U, BZ-U, B3-U, BW2-U, BN1-U/BN2-U**	Vision B-U: **Vision B-U, BW2-U, BN3-U/BN4-U**
Ambulante Leistungen		
Ärztliche Behandlung	Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus inklusive Beihilfeanteil (aus Tarif BN1-U, BN2-U)	Bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, nach vorheriger Zusage auch darüber hinaus
Arznei-, Verbandmittel	100 %	Kinder und Jugendliche: 100 % Erwachsene: 80 % bis zu 1.000 EUR RB/Jahr, danach 100 % (max. Eigenanteil in Vision B50-U: 100 EUR, Vision B30-U: 60 EUR)
Psychotherapie	30 Sitzungen zu 100 %, ab der 31. Sitzung 80 %	100 % bis 30. Sitzung, 80 % ab 31. Sitzung, 70 % ab der 61. Sitzung
Kuren	22 EUR Kurtagegeld aus Tarif BN1-U/BN2-U längstens für die Dauer von 30 Tagen innerhalb von 3 Kalenderjahren. Gesonderter Kurkostentarif möglich	Gesonderter Kurkostentarif möglich
Transportkosten	– Bis zur nächstgelegenen geeigneten Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit oder bei einem Unfall/Notfall – 80 %–100 % bei Serienfahrten wegen Strahlentherapie/Chemotherapie oder Nierendialyse zu und von der nächstgelegenen Therapieeinrichtung – 100 % bei Organisation durch den Versicherer	
Heilmittel	Erstattung nach Heilmittelpreisliste Erstattung von Ergotherapie und Logopädie	Erstattung bis zu den beihilfefähigen Höchstsätzen (Bundesbeihilfe) Erstattung von Ergotherapie und Logopädie
Heilpraktikerbehandlung	Im Rahmen des GebüH	
Kompensierung der Beihilfekürzung für Heilpraktikerleistungen	Tarif BN1-U/BN2-U: ersetzt verbleibende Kosten für wissenschaftlich allgemein anerkannte Heilverfahren bis max. zum Höchstsatz des GebüH	Tarif BN3-U/BN4-U: ersetzt verbleibende Kosten für wissenschaftlich allgemein anerkannte Heilverfahren bis max. zum Höchstsatz des GebüH
Vorsorgeuntersuchungen	Vorsorgeuntersuchungen sind nicht BRE-schädlich und werden auf den SB im Tarif BSG-U nicht angerechnet. Nach gesetzlich eingeführten Programmen, für Erwachsene ohne Altersbegrenzung	
Besonderheiten im Hilfsmittelkatalog	Umfangreicher Hilfsmittelkatalog, 100 %, wenn die DBV mit der Beschaffung beauftragt wurde, ansonsten 80 %	
Kompensierung der Beihilfelücken bei Hilfsmitteln	Tarif BN1-U/BN2-U: Leistung für Sehhilfen, weitere Hilfsmittel gemäß Hilfsmittelkatalog (ggf. Höchstsummen) und beihilfefähige Hilfsmittel	Tarif BN3-U/BN4-U: Leistung für Sehhilfen und andere Hilfsmittel gemäß Hilfsmittelkatalog (ggf. Höchstsummen)
Sehhilfen (Gestell, Gläser, Kontaktlinsen)	300 EUR bis 1.000 EUR RB, abhängig vom Grad der Fehlsichtigkeit, alle 2 Jahre oder bei Änderung der Sehschärfe	Bis zum 15. Lebensjahr: je Kalenderjahr 100 EUR RB. Ab 15. Lebensjahr: innerhalb von 3 Kalenderjahren 300 EUR RB
Kompensierung der Beihilfekürzung bei Sehhilfen (zum Teil keine Beihilfeleistungen für Erwachsene!)	Erstattung der fehlenden Beihilfeleistung durch Tarif BN1-U/BN2-U im Rahmen der Höchstsummen analog Tarif BS-U bzw. BSG-U	Erstattung der fehlenden Beihilfeleistung durch Tarif BN3-U/BN4-U im Rahmen der Höchstsummen analog Tarif Vision B-U
Hörgeräte	Erstattung bis zu 1.450 EUR pro Ohr	Erstattung bis zu 1.300 EUR pro Ohr innerhalb von 3 Jahren

* Erstattungsfähig sind folgende Kosten. Der konkrete Erstattungsbetrag richtet sich nach dem versicherten Prozentsatz.

GOÄ = Gebührenordnung für Ärzte, GOZ = Gebührenordnung für Zahnärzte, GebüH = Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker, RB = Rechnungsbeitrag

Leistungsbestandteile für Beihilfeberechtigte	Tarifgruppe B-U: **BS-U/BSG-U, BZ-U, B3-U, BW2-U, BN1-U/BN2-U**	Vision B-U: **Vision B-U, BW2-U, BN3-U/BN4-U**
Stationäre Leistungen		
Ärztliche Behandlung	B3-U: Erstattung der Regelleistungen BW2-U: Erstattung auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus inkl. fehlendem Beihilfeanteil (Differenzkosten Einbettzimmer über Tarif BWE-U versicherbar)	Vision B-U: Erstattung der Regelleistungen BW2-U: Erstattung auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus inkl. fehlendem Beihilfeanteil (Differenzkosten Einbettzimmer über Tarif BWE-U versicherbar)
Psychotherapie	Keine tarifliche Begrenzung	
Kuren	Aus BN1-U/BN2-U: 35 EUR Kurtagegeld für max. 30 Tage innerhalb von 3 Kalenderjahren. Gesonderter Kurkostentarif möglich	Gesonderter Kurkostentarif möglich
Transport zum und vom Krankenhaus	Nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus	
Auslandsrücktransport	Kompensierung der Beihilfelücke aus Tarif BN1-U/BN2-U	Kompensierung der Beihilfelücke aus Tarif BN3-U/BN4-U
Zahnärztliche Leistungen		
Behandlung	Auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus inklusive Beihilfeanteil (aus Tarif BN1-U, BN2-U)	Bis zu den Höchstsätzen der GOZ, darüber hinaus nach vorheriger Zusage
Zahnersatz/Kieferorthopädie	100 %, keine Summenbegrenzungen	100 %, Summenbegrenzung; in den ersten 24 Monaten 1.000 EUR RB, in den ersten 48 Monaten 2.000 EUR RB, danach ohne Einschränkung. Ohne Heil- und Kostenplan 50 % Erstattung
Implantate	Bei medizinischer Notwendigkeit ohne Mengenbegrenzung pro Kiefer	Bei medizinischer Notwendigkeit 2 pro Kiefer, in Ausnahmefällen 4 pro Kiefer
Kompensierung der Beihilfekürzungen bei Material- und Laborkosten (aktuell sind nur zwischen 40 % und 60 % der Kosten überhaupt beihilfefähig)	Tarif BN1-U übernimmt verbleibende Kosten bei gesondert berechenbaren Material- und Laborkosten	Tarif BN3-U übernimmt verbleibende Kosten bei gesondert berechenbaren Material- und Laborkosten bei Zahnersatz (Höchstsummen s. o.). Ohne Heil- und Kostenplan 50 % Erstattung
Behandlung bei Auslandsaufenthalten	Bis zu 6 Monate Weltgeltung ab 13. Monat, Anerkennung orts- bzw. landesüblicher Kosten	
Besonderheiten		
Beitragsrückerstattung (BRE) bei Leistungsfreiheit	3,5 Monatsbeiträge (MB) aus Tarif BS-U ab einem leistungsfreien Jahr	4 MB aus Tarif Vision B-U (aus 50 % des Beitrages) ab einem leistungsfreien Jahr
Boni	Bonus für Body-Mass-Index im Normbereich, Vorlage aktuelles Deutsches Sportabzeichen, Nichtraucher	
Weitere Vorteile		
	Leistungsstarke, günstige Anwärtertarife mit hoher BRE	Leistungsstarke, besonders günstige Anwärter-Tarife mit hoher BRE
Beitragsfreiheit für Kinder im Rahmen der Kindernachversicherung	12 Monate Beitragsfreiheit für alle Tarife (des Kindes) der Tarifgruppe B-U + KHT-U	

Komfort-Schutz: Tarif Vision B-U – Leistungsbeschreibung

Der Tarif für gesundheits- und preisbewusste Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, die in einem überschaubaren Rahmen bereit sind, Eigenverantwortung zu übernehmen. Ein Tarif mit umfangreichen medizinischen Serviceleistungen.

Tarifauszug: Vision B-U (VisB-U)

Ambulante Behandlung/Kostenerstattung

100 % für Behandlung durch Ärzte bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

100 % für Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen der GebüH

100 % für psychotherapeutische Behandlung bis zur 30. Sitzung, 80 % ab der 31. Sitzung, 70 % ab der 61. Sitzung; Behandlung durch Ärzte oder psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

80 % für Arznei- und Verbandmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro p. a. – darüber hinaus 100 %; für Kinder/Jugendliche grundsätzlich 100 % ohne Eigenanteil

100 % für Hilfsmittel gemäß Hilfsmittelkatalog, wenn der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird, sonst 80 %

100 % für Sehhilfen (Brillengestell, Gläser und Kontaktlinsen) bis zu 300 Euro Rechnungsbetrag innerhalb von 3 Jahren ab dem 15. Lebensjahr, bis zum 15. Lebensjahr jährlich bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 Euro

100 % für Hörgeräte bis zu 1.300 Euro pro Ohr innerhalb von 3 Jahren

100 % für Heilmittel bis zu den beihilfefähigen Höchstsätzen (Bundesbeihilfe) inkl. Ergotherapie und Logopädie

100 % für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersgrenzen für Erwachsene. Keine Anrechnung auf die Beitragsrückerstattung.

Krankenhausbehandlung/Kostenerstattung

100 % für stationäre Behandlung im Krankenhaus – allgemeine Pflegeklasse – wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung

100 % der Transportkosten zum und vom nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus

Zahnärztliche Behandlung/Kostenerstattung

100 % für Zahnbehandlung inklusive prophylaktischer Maßnahmen bis zu den Höchstsätzen der GOZ

100 % für Zahnersatz gemäß der Sachkostenliste

100 % für kieferorthopädische Behandlung

Für Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen, wenn die geplante Maßnahme den Betrag von 1.000 Euro übersteigt. Ansonsten wird der halbe Erstattungs-Prozentsatz zugrunde gelegt.

Mit Ausnahme konservierender Zahnbehandlung und Prophylaxe ist die Erstattung in den ersten 24 Monaten auf 1.000 Euro und in den ersten 48 Monaten auf 2.000 Euro Rechnungsbetrag begrenzt. Bei Unfällen entfällt die Begrenzung.

Beitragsrückerstattung

Für leistungsfreie komplette Kalenderjahre (Ausnahme: im Beginnjahr auch anteilig) wird eine Beitragsrückerstattung gezahlt. Weitere Voraussetzungen siehe Stichwort **Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus.**

Verhaltensbonus (für Tarif Vision B-U, nicht für Tarif Vision B-UA)

Für die Einhaltung eines Body-Mass-Index im Normalbereich und bei Vorlage eines deutschen Sportabzeichens wird ein Verhaltensbonus gewährt. Bitte vergleichen Sie hierzu das Stichwort **Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus.**

Optionen: Versicherte haben das Recht, zu bestimmten Anlässen ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen höheren/umfangreicheren Versicherungsschutz zu wechseln. Die Option ermöglicht auch den Neuabschluss bisher nicht versicherter beihilfekonformer Tarife. Anlässe: Einmalig bei erster Verbeamtung auf Probe/auf Zeit, bei Eheschließung, Geburt/Adoption eines Kindes, Beginn der Berufsausbildung eines Kindes, Wegfall des letzten Kindes aus der Beihilfe, zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.

Wichtig

Die konkrete Höhe der Erstattung richtet sich immer nach dem versicherten, der Beihilfe entsprechenden Prozentsatz! Bitte beachten Sie in den **Annahmerichtlinien** die **Besonderheiten ÖD.**

Hinweis

Weitere sinnvolle Ergänzungen z. B.:
Krankenhaustagegeld, Pflegeergänzung, Kurkostenversicherung
Obligatorisch: Pflegepflichtversicherung

Ergänzungstarife zum Komfort-Schutz: Tarife BN3-U, BN4-U, BW2-U, BWE-U – Leistungsbeschreibung

Beihilfeergänzungstarife zur Kompensierung der Beihilfelücken – Tarife BN3-U und BN4-U. Für verbleibende Kosten nach Erstattung aus Tarif Vision B-U und Beihilfe.

Tarifauszug: BN3/1-U, BN3/2-U

Ambulante Behandlung/Kostenerstattung

100 % für Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des GebüH

100 % für Hilfsmittel (inklusive Sehhilfen) im Rahmen der Erstattungsfähigkeit von Tarif Vision B-U

100 % für Heilbehandlung im Ausland – Rücktransport und Überführungskosten im tariflichen Rahmen

Material- und Laborkosten bei Zahnersatz

100 % Material- und Laborkosten bei Zahnersatz (Sachkostenliste und Zahnstaffel analog Vision B-U)

Tarifauszug: BN4-U

Ambulante Behandlung/Kostenerstattung

100 % für Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des GebüH

100 % für Hilfsmittel (inklusive Sehhilfen) im Rahmen der Erstattungsfähigkeit von Tarif Vision B-U

100 % für Heilbehandlung im Ausland – Rücktransport und Überführungskosten im tariflichen Rahmen

Tarifauszug: BW2-U

Tarif für stationäre Wahlleistungen für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige.

Krankenhausbehandlung/Kostenerstattung

100 % für Unterbringung im Zweibettzimmer

100 % für privatärztliche Behandlung ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ

100 % für die durch die Überschreitung der GOÄ entstandenen Beihilfelücke, unabhängig vom versicherten Prozentsatz

Ersatzkrankenhaustagegeld bei

Tarife \ Verzicht auf	Wahlleistung 2-Bettzimmer	privatärztl. Behandlung	beides (Regelleistung)
BW2 00-U	24,00 EUR	20,00 EUR	44,00 EUR
BW2 70-U	16,80 EUR	14,00 EUR	30,80 EUR
BW2 65-U	15,60 EUR	13,00 EUR	28,60 EUR

Tarife \ Verzicht auf	Wahlleistung 2-Bettzimmer	privatärztl. Behandlung	beides (Regelleistung)
BW2 60-U	14,40 EUR	12,00 EUR	26,40 EUR
BW2 55-U	13,20 EUR	11,00 EUR	24,20 EUR
BW2 50-U	12,00 EUR	10,00 EUR	22,00 EUR
BW2 45-U	10,80 EUR	9,00 EUR	19,80 EUR
BW2 40-U	9,60 EUR	8,00 EUR	17,60 EUR
BW2 35-U	8,40 EUR	7,00 EUR	15,40 EUR
BW2 30-U	7,20 EUR	6,00 EUR	13,20 EUR
BW2 25-U	6,00 EUR	5,00 EUR	11,00 EUR
BW2 20-U	4,80 EUR	4,00 EUR	8,80 EUR
BW2 15-U	3,60 EUR	3,00 EUR	6,60 EUR

Tarifauszug: BWE-U

Stationäre Behandlung/Kostenerstattung

100 % der Differenzkosten zwischen dem Zuschlag für die Unterkunft in Ein- bzw. Zweibettzimmer

25 EUR pro Tag bei Verzicht auf die Unterbringung im Einbettzimmer

Wichtig

Die Tarife BN3-U und BN4-U sind so zu wählen, dass die beiden letzten Ziffern mit dem Erstattungsprozentsatz des ambulanten Tarifs übereinstimmen, bspw. BN450-U mit Vision B 50T-U. Bei mehr als 40 % Beihilfeanspruch für Material- und Laborkosten (Zahnersatz) Tarif BN3/1-U wählen, sonst Tarif BN3/2-U.
Bitte beachten Sie in den Annahmerichtlinien die Besonderheiten ÖD.

Top-Schutz: Tarifgruppe B-U – Leistungsbeschreibung

Ein Tarif für gesundheits- und leistungsorientierte Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, die umfangreichen Versicherungsschutz mit möglichst geringen Eigenanteilen suchen. Ein Tarif mit umfangreichen medizinischen Serviceleistungen.

Tarifauszug: BS-U

Ambulante Behandlung/Kostenerstattung

100 % für Heilbehandlung durch Ärzte auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus

100 % für Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des GebüH

100 % für psychotherapeutische Behandlung bis zur 30. Sitzung, 80 % ab der 31. Sitzung; Behandlung durch Ärzte oder psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

100 % für Arznei- und Verbandmittel

100 % für Hilfsmittel gemäß Hilfsmittelkatalog, wenn der Versicherer mit der Beschaffung beauftragt wird, sonst 80 %

100 % für Sehhilfen (Brillengläser, -gestelle, Kontaktlinsen)

max. Re.-Betrag	Einstärkengläser	Mehrstärkengläser
bis 6 Dioptrien	300 EUR	700 EUR
ab 6 Dioptrien	600 EUR	1.000 EUR

100 % für Heilmittel gemäß Preisverzeichnis inklusive Ergotherapie und Logopädie

100 % für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen ohne Altersgrenzen für Erwachsene. Keine Anrechnung auf die Beitragsrückerstattung.

Tarifauszug: BSG-U

Der Leistungsumfang des Tarifes BSG-U ist identisch mit Tarif BS-U. Die tarifliche Leistung wird je versicherte Person und je Kalenderjahr um eine Selbstbeteiligung gekürzt. Die Selbstbeteiligung beträgt:

In den Tarifen	für Jugendliche und Erwachsene	für versicherte Kinder bis zum Ende des KJ, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird
BSG 70-U	385,00	192,50
BSG 65-U	357,50	178,75
BSG 60-U	330,00	165,00
BSG 55-U	302,50	151,25
BSG 50-U	275,00	137,50
BSG 50T-U	275,00	137,50
BSG 45-U	247,50	123,75
BSG 40-U	220,00	110,00
BSG 35-U	192,50	96,25
BSG 30-U	165,00	82,50
BSG 25-U	137,50	68,75
BSG 20-U	110,00	55,00
BSG 15-U	82,50	41,25

Hinweis
Für den Tarif BSG-U gibt es keine Ausbildungsbeiträge.

Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und Schutzimpfungen werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.

Beitragsrückerstattung

Für leistungsfreie (komplette) Kalenderjahre wird eine Beitragsrückerstattung gezahlt. Weitere Voraussetzungen siehe Stichwort Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus.

Für die Tarife BS-U/BSG-U (nicht für BS-UA) gilt: Verhaltensbonus

Für die Einhaltung eines Body-Mass-Index im Normalbereich und bei Vorlage eines deutschen Sportabzeichens wird ein Verhaltensbonus gewährt. Bitte vergleichen Sie hierzu das Stichwort Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus.

Tarifauszug: B3-U

Krankenhausbehandlung/Kostenerstattung

100 % für stationäre Behandlung im Krankenhaus – allgemeine Pflegeklasse – wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung

100 % der Transportkosten zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus

Bonus bei Kindernachversicherung

100 % Beitragsfreiheit Kinderbeiträge in allen Tarifen der Tarifgruppe B und KHT für 12 Monate (bitte Voraussetzungen gemäß AVB beachten)

Tarifauszug: BZ-U

Zahnärztliche Behandlung/Kostenerstattung

100 % für Zahnbehandlung inkl. prophylaktischer Maßnahmen auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus

100 % für Zahnersatz gemäß der Sachkostenliste

100 % für Kieferorthopädie

Optionen: Versicherte haben das Recht, zu bestimmten Anlässen ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen höheren/umfangreicheren Versicherungsschutz zu wechseln. Die Option ermöglicht auch den Neuabschluss bisher nicht versicherter beihilfekonformer Tarife. Anlässe: Einmalig bei erster Verbeamtung auf Probe/auf Zeit, bei Eheschließung, Geburt/Adoption eines Kindes, Beginn der Berufsausbildung eines Kindes, Wegfall des letzten Kindes aus der Beihilfe, zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.

Wichtig

Die konkrete Höhe der Erstattung richtet sich immer nach dem versicherten, der Beihilfe entsprechenden Prozentsatz!
Bitte beachten Sie in den Annahmerichtlinien die Besonderheiten ÖD.

Hinweis

Weitere sinnvolle Ergänzungen z. B.:
Krankenhaustagegeld, Pflegeergänzung, Kurkostenversicherung
Obligatorisch: Pflegepflichtversicherung

Ergänzungstarife zum Top-Schutz: Tarife BN1-U, BN2-U, BW2-U, BWE-U – Leistungsbeschreibung

Beihilfeergänzungstarif zur Kompensierung der Beihilfelücken – Tarife BN1-U und BN2-U. Für verbleibende Kosten nach Erstattung aus Tarifgruppe B-U und Beihilfe.

Tarifauszug: BN1/1-U, BN1/2-U

Ambulante Behandlung/Kostenerstattung

100 % für Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des GebüH

100 % für ärztliche und zahnärztliche Leistungen oberhalb der Höchstsätze GOÄ/GOZ, sofern diese aus einer gültigen Honorarvereinbarung resultieren

100 % für Hilfsmittel (inklusive Sehhilfen) im Rahmen der Erstattungsfähigkeit von Tarif BS-U oder bei Beihilfefähigkeit

100 % für Heilbehandlung im Ausland – Rücktransport und Überführungskosten im tariflichen Rahmen

22 EUR Kurtagegeld bei ambulanten Kuren für max. 30 Tage innerhalb von 3 Jahren

35 EUR Kurtagegeld bei stationären Kuren für max. 30 Tage innerhalb von 3 Jahren

Material- und Laborkosten bei Zahnersatz

100 % Material- und Laborkosten bei Zahnersatz (Sachkostenliste analog BZ-U)

Tarifauszug: BN2-U

Ambulante Behandlung/Kostenerstattung

100 % für Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des GebüH

100 % für ärztliche und zahnärztliche Leistungen oberhalb der Höchstsätze GOÄ/GOZ, sofern diese aus einer gültigen Honorarvereinbarung resultieren

100 % für Hilfsmittel (inklusive Sehhilfen) im Rahmen der Erstattungsfähigkeit von Tarif BS-U oder bei Beihilfefähigkeit

100 % für Heilbehandlung im Ausland – Rücktransport und Überführungskosten im tariflichen Rahmen

22 EUR Kurtagegeld bei ambulanten Kuren für max. 30 Tage innerhalb von 3 Jahren

35 EUR Kurtagegeld bei stationären Kuren für max. 30 Tage innerhalb von 3 Jahren

Tarifauszug: BW2-U

Tarif für stationäre Wahlleistungen für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige.

Krankenhausbehandlung/Kostenerstattung

100 % für Unterbringung im Zweibettzimmer

100 % für privatärztliche Behandlung ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ

100 % für die durch die Überschreitung der GOÄ enstandene Beihilfelücke, unabhängig vom versicherten Prozentsatz

Tarifauszug: BWE-U

Stationäre Behandlung/Kostenerstattung

100 % der Differenzkosten zwischen dem Zuschlag für die Unterkunft im Ein- und dem im Zweibettzimmer

25 EUR pro Tag bei Verzicht auf die Unterbringung im Einbettzimmer

Wichtig

Die Tarife BN1-U und BN2-U sind so zu wählen, dass die letzten beiden Ziffern mit dem Erstattungsprozentsatz des ambulanten Tarifes übereinstimmen, bspw. BN2 50-U mit BS 50T-U. Bei mehr als 40 % Beihilfeanspruch für Material- und Laborkosten (Zahnersatz) Tarif BN1/1-U wählen, sonst Tarif BN1/2-U.
Bitte beachten Sie in den Annahmerichtlinien die Besonderheiten ÖD.

Beitragsentlastung im Alter – Kundensegment ÖD

Auch für Beihilfeberechtigte ist der Tarif BEA-U eine sinnvolle Ergänzung, denn Beihilfeänderungen und Kürzungen im Bereich der Altersversorgung sind auch für den Öffentlichen Dienst bekannte Themen. Beamte profitieren zwar nicht von einem Arbeitgeberzuschuss, haben aber oftmals Ihre Höchstbeträge bezüglich Vorsorgeaufwendungen noch nicht ausgeschöpft und können so im Vergleich zu Arbeitnehmern eher von steuerlichen Vorteilen profitieren.

BEA-U für Beihilfeberechtigte

Im Vergleich zu BEA-U für die Privatwirtschaft sind abweichende Höchstversicherungssummen zu beachten. **Berechnungsgrundlage ist dabei immer die Höhe des ambulanten Beihilfeanspruchs.** Bei einem ambulanten Beihilfeanspruch von 50 % können 50 % des monatlichen Gesamtbeitrags ohne gesetzlichen Zuschlag abgesichert werden, bei einem Beihilfeanspruch von 70 % demnach 70 % des monatlichen Gesamtbeitrags ohne gesetzlichen Zuschlag.

Beispiel 1:

Bundesbeamter 35 Jahre – Beihilfeanspruch 50 %

VisB50T-U	158,04 EUR	+ 9,48 EUR gZ
BW2 50T-U	19,57 EUR	+ 1,17 EUR gZ
BN3/2 50N	5,14 EUR	+ 0,51 EUR gZ
KHT-U (25)	7,10 EUR	
Gesamtbetrag:	189,85 EUR	+ 11,16 EUR gZ

Beitragsentlastung maximal:
50 % von 189,85 EUR = 94,93 EUR, d. h., hier können 90,00 EUR BEA-Summe versichert werden (abgerundet auf ganze 10 Euro).

Beispiel 2:

Bundesbeamter 35 Jahre – Beihilfeanspruch 70 %

VisB30-U	102,33 EUR	+ 10,23 EUR gZ
BW2 30-U	13,12 EUR	+ 1,31 EUR gZ
BN3/2 30-U	7,20 EUR	+ 0,72 EUR gZ
KHT-U (25)	7,10 EUR	
Gesamtbetrag:	129,75 EUR	+ 12,26 EUR gZ

Beitragsentlastung maximal:
70 % von 129,75 EUR = 90,83 EUR, d. h., auch hier können 90,00 EUR BEA-Summe versichert werden (abgerundet auf ganze 10 Euro).

Unabhängig vom aktuellen Beihilfeanspruch werden beide Beispielkunden nach heutigem Beihilferecht als Versorgungsempfänger den gleichen Beihilfeanspruch von 70 % haben (für den Bundesbeamten aus Beispiel 1 bedeutet dies mit Eintritt in den Ruhestand eine Erhöhung des Beihilfeanspruchs und als Folge eine entsprechende Reduzierung des Beitrags). Daher ist es auch sinnvoll, dass beide in Bezug auf den absoluten Betrag eine identische Summe versichern können. Aus diesem Grund darf bei höherem Beihilfeanspruch (und damit niedrigerem Monatsbeitrag) ein höherer Prozentsatz abgesichert werden.

Hinweis

In besonderen Situationen kann es sinnvoll sein, die versicherte BEA-U-Leistung und den BEA-U-Beitrag herabzusetzen, zum Beispiel:
– bei vorübergehender Arbeitslosigkeit
– bei Eintritt der Versicherungspflicht, z. B. im Vorruhestand
– weil durch Tarifwechsel die höchstzulässige BEA-U-Leistung überschritten wird
In diesen Fällen kann die BEA-U-Leistung auch vorzeitig in Anspruch genommen werden.
Aber: **Unbedingt 3 Jahre den vollen BEA-U-Beitrag bezahlen!** Erst dann sind die eingezahlten Beiträge dem Kunden gutgeschrieben. Bei vorheriger Herabsetzung geht ein Teil der gezahlten Beiträge verloren.
Die Einhaltung von Höchstgrenzen handhaben wir in diesen Fällen großzügig.
Beiträge für den Tarif BEA-U werden im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes steuerlich berücksichtigt, soweit sie die Basiskrankenversicherung betreffen. Grundlage ist ein Anwendungserlass des Bundesfinanzministeriums vom 26. April 2010. Dadurch sind die Beitragsentlastungstarife noch attraktiver geworden.

Anwartschaftsversicherung – 3 Möglichkeiten

Grundschutz
1. Anwartschaftsversicherung
2. Aktive Pflegepflichtversicherung/Tarif PVB
3. Ergänzungsmöglichkeiten aktiver Versicherungsschutz

1. Anwartschaftsversicherung

Tarif AWFH

Optionstarif für Bedienstete der Polizei, Bundespolizei und Feuerwehr mit Anspruch auf freie Heilfürsorge

Mit dem Ende der Heilfürsorge besteht Anspruch auf eine Krankheitskostenvollversicherung in den für den Neuzugang offenen beihilfekonformen Tarifen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Der Tarif AWFH umfasst nicht die Krankenhaustagegeldversicherung. Bei Abschluss innerhalb von drei Monaten nach Ausbildungsbeginn verzichten wir bei Antragstellung auf eine Gesundheitsprüfung.

Studenten und Absolventen von Hochschulen (Universitäten, Fachhochschulen, Gesamthochschulen), die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflicht- oder familienversichert sind und deren berufliches Ziel eine Beamtenlaufbahn als Lehrer oder Hochschullehrer ist, können den Tarif AWFH für maximal 6 Jahre abschließen. Für diesen Personenkreis ist immer eine Gesundheitsprüfung erforderlich. Die Pflegepflichtversicherung besteht bei der Sozialen Pflegeversicherung.

Achtung: der Tarif AWFH darf nicht in Kombination mit den Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung, anderen Optionstarifen (z. B. VIAplus), KOMFORT, PRIVAplus, PRIVAmed und PRIVAzahn abgeschlossen werden.

Anwartschaftsversicherung

Für die Dauer des Anspruchs auf freie Heilfürsorge können die Tarife für eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung als Anwartschaftsversicherung geführt werden. Damit sind während der Anwartschaftsversicherung entstandene Krankheiten und deren Folgen mitversichert. Bei Umwandlung der Anwartschaftsversicherung in die Krankheitskostenversicherung mit Leistungsanspruch gibt es keine Wartezeiten und keine erneute Gesundheitsprüfung für die in Anwartschaft stehenden Tarife. Die Anwartschaftsversicherung ist ab Beginn möglich (s. a. Annahmerichtlinien Seite 289). Welche Tarife in Anwartschaft gestellt werden können, entnehmen Sie bitte der jeweils zutreffenden Beihilferegelung in den Abschnitten „Heilfürsorge (Bund bzw. jeweils zutreffendes Land) – empfohlene Tarifkombinationen/-möglichkeiten“.

Zusätzlich wird bei einer Großen Anwartschaft der Vertrag in der Beitragsberechnung unter Berücksichtigung möglicher Beitragsanpassungen bei Aktivierung so gestellt, als ob er von Beginn an mit Leistungsanspruch bestanden hätte. Wir unterscheiden zwischen der großen und der kleinen AWV.

Kleine Anwartschaft (KAW)
Bei Umwandlung in aktiven Versicherungsschutz erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung.
Für die Beitragsberechnung wird das aktuelle Eintrittsalter zum Zeitpunkt der Umstellung zugrunde gelegt.
Beitrag: 5 % des Tarifbeitrags der in Anwartschaft gestellten Tarife.
Sofern vor Umstellung in die kleine Anwartschaft bereits Alterungsrückstellungen vorhanden waren, werden diese während der AWV-Zeit konserviert. Bei Inkraftsetzung in Tarife mit Leistungsanspruch werden dann die anrechenbaren Rückstellungen aus der Zeit vor Beginn der Anwartschaft beitragsmindernd angerechnet.

Große Anwartschaft (GAW)
Bei Umwandlung in aktiven Versicherungsschutz erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung.
Darüber hinaus werden während der großen Anwartschaft Alterungsrückstellungen aufgebaut. Nach Beendigung der Anwartschaft ist der Beitrag für die Krankenversicherung zu zahlen, der zu zahlen wäre, wenn der Vertrag mit Leistungsanspruch bestanden hätte.
Achtung – durch eventuelle Beitragsanpassungen während der Anwartschaft kann sich der Beitrag nach der Anwartschaft von dem Beitrag vor der Anwartschaft unterscheiden.
Sofern vor Umstellung in die große Anwartschaft bereits Alterungsrückstellungen vorhanden waren, werden diese während der AWV-Zeit konserviert und weiter aufgebaut.

Beiträge Große Anwartschaft (GAW)

Tarife/ Beitrag	Laufzeit der Grundversicherung*		
	bis 4 Jahre	5 – 9 Jahre	ab 10 Jahre
Vision B-U	40%	30%	30%
BN3-U, BN4-U	60%	50%	30%
BS-U	40%	35%	20%
BSG-U	45%	35%	25%
B3-U	50%	50%	45%
BZ-U	30%	25%	15%
BN1-U, BN2-U	60%	50%	25%
BW2-U	60%	55%	45%
BWE-U	60%	50%	45%
BWE-UZ	60%	50%	45%

Hinweis
Siehe auch ergänzende Versicherungsbedingungen für die AWV.

Wichtig
Ändert sich der Beitrag für einen in Anwartschaft stehenden Tarif, so gilt das gleichzeitig auch für den AWV-Beitrag.

2. Pflegepflichtversicherung/Tarif PVB

Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge sind in der Pflegepflichtversicherung mit Tarifstufe PVB zu versichern. Nur bei Soldaten auf Zeit ist dies abhängig vom Abschluss/Bestehen einer Anwartschaftsversicherung auf eine Krankheitskostenvollversicherung.

3. Ergänzungsmöglichkeiten zur Anwartschaft – aktiver Versicherungsschutz

Tarif KHT-U	Auch Heilfürsorgeberechtigte sind von Zuzahlungen bei stationären Aufenthalten betroffen
Tarif BW2-U, BW2-UZ	Nach Klärung, ob ein Beihilfeanspruch für die Wahlleistungen Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung besteht
Tarif EG080-U	Ambulante Ergänzungstarife zur Minderung der verbleibenden Eigenanteile nach Inanspruchnahme der Heilfürsorge
Tarif EG035-U	
Tarif KUR-UZ	Kurtarif
Tarife Flex3-U, Flex2-U, Flex1-U	Pflegevorsorge
Tarif Akut-U	

Ergänzungstarife für Heilfürsorgeberechtigte und GKV-Versicherte – Leistungsbeschreibung

Tarifauszug: BW2-UZ

Krankenhausbehandlung/Kostenerstattung

100 % für Unterbringung im Zweibettzimmer
100 % für privatärztliche Behandlung ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ
100 % für die durch die Überschreitung der GOÄ entstandene Beihilfelücke, unabhängig vom versicherten Prozentsatz

Ersatzkrankenhaustagegeld in EUR bei

Tarife / Verzicht auf Wahlleistung	Zweibettzimmer	privatärztliche Behandlung	beides (= Regelleistung)
BW2 00-UZ	22,50	15,85	38,35
BW2 70-UZ	15,85	11,25	27,10
BW2 65-UZ	14,83	10,23	25,05
BW2 60-UZ	13,29	9,71	23,01
BW2 55-UZ	12,27	8,69	20,96
BW2 50T-UZ			
BW2 50-UZ	11,25	8,18	19,43
BW2 45-UZ	10,23	7,16	17,38
BW2 40-UZ	9,20	6,14	15,34
BW2 35-UZ	7,67	5,62	13,29
BW2 30-UZ	6,65	4,60	11,25
BW2 25-UZ	5,62	4,09	9,71
BW2 20-UZ	4,60	3,07	7,67
BW2 15-UZ	3,58	2,56	6,14

Tarifauszug: BWE-UZ

Stationäre Behandlung/Kostenerstattung

100 % der Differenzkosten zwischen dem Zuschlag für die Unterkunft im Einbett- und dem Zweibettzimmer
22,50 EUR pro Tag bei Verzicht auf die Unterbringung im Einbettzimmer

Tarifauszug: KUR-UZ, KUR-UZA

Genesungskur

100 % für Unterkunft und Verpflegung
100 % für Leistungen der Ärzte entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung
100 % für Arznei- und Verbandmittel
100 % für Heilmittel
100 % für Kurplan und Kurtaxe
Je versicherter Stufe (1 Stufe = 1 Euro) erhält der Versicherte bis zu 1 Euro täglich, bis zur Dauer von 30 Tagen.

Sonstige Kur

100 % für Leistungen der Ärzte entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung
100 % für Arznei- und Verbandmittel
100 % für Heilmittel
100 % für Kurplan und Kurtaxe
Je versicherter Stufe (1 Stufe = 10 Euro) erhält der Versicherte eine Erstattung der Aufwendungen bis zu 10 Euro je Stufe.
Alle Leistungen dieses Tarifs können nur einmal innerhalb von 3 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren in Anspruch genommen werden.

Wichtig

Die konkrete Höhe der Erstattung richtet sich im Tarif BW2 immer nach dem versicherten, der Beihilfe entsprechenden Prozentsatz! Bitte beachten Sie in den Annahmerichtlinien die **Besonderheiten ÖD.**

Zusatzversicherungstarife für gesetzlich versicherte Ehegatten/eingetragene Lebenspartner oder Kinder von Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten

Tarife für berücksichtigungsfähige Ehegatten/eingetragene Lebenspartner und Kinder mit GKV-Pflichtversicherung oder beitragsfreier GKV-Familienversicherung

Nachfolgende Tarife können während der GKV-Pflichtversicherung oder darüber bestehende beitragsfreie GKV-Familienversicherung mit Leistungsanspruch abgeschlossen werden:

	Berücksichtigungsfähige Ehegatten/ggf. je nach Beihilfeland eingetragene Lebenspartner		**Berücksichtigungsfähiges Kind** (wenn im Familienzuschlag enthalten)
	mit Einkünften unter maßgeblicher Grenze *	mit Einkünften über maßgeblicher Grenze *	
	Bemessungssatz: 70 %	**Bemessungssatz: 0 %**	**Bemessungssatz: 80 %**
Bund	BW2 30-UZ	BW2 00-UZ	BW2 20-UZ
	KHT-U mind. 10, mit BW2 30-UZ mind. 25	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10, mit BW2 20-UZ mind. 25
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Baden-Württemberg	BW2 30-UZ	BW2 00-UZ	BW2 20-UZ
	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Bayern	BW2 30-UZ	BW2 00-UZ	BW2 20-UZ
	KHT-U mind. 10, mit BW2 30-UZ mind. 33	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10, mit BW2 20-UZ mind. 33
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Berlin	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ
	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Brandenburg	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ
	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Bremen	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ
	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Hamburg	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ
	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Mecklenburg-Vorpommern	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ
	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Niedersachsen	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ
	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Nordrhein-Westfalen	BW2 30-UZ	BW2 00-UZ	BW2 30-UZ
	KHT-U mind. 25	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 25
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Rheinland-Pfalz	BW2 30-UZ	BW2 00-UZ	BW2 20-UZ
	KHT-U mind. 10, mit BW2 30-UZ mind. 12	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10, mit BW2 20-UZ mind. 12
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Saarland	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ
	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ

	Nachfolgende Tarife können während der GKV-Pflichtversicherung oder darüber bestehende beitragsfreie GKV-Familienversicherung mit Leistungsanspruch abgeschlossen werden:		
	Berücksichtigungsfähige Ehegatten/ggf. je nach Beihilfeland eingetragene Lebenspartner		**Berücksichtigungsfähiges Kind** (wenn im Familienzuschlag enthalten)
	mit Einkünften unter maßgeblicher Grenze *	mit Einkünften über maßgeblicher Grenze *	
	Bemessungssatz: 70 %	**Bemessungssatz: 0 %**	**Bemessungssatz: 80 %**
Sachsen	BW2 30-UZ	BW2 00-UZ	BW2 20-UZ
	KHT-U mind. 10, mit BW2 30-UZ mind. 15	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10, mit BW2 20-UZ mind. 15
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Sachsen-Anhalt	BW2 30-UZ	BW2 00-UZ	BW2 20-UZ
	KHT-U mind. 10, mit BW2 30-UZ mind. 25	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10, mit BW2 20-UZ mind. 25
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Schleswig-Holstein	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ	BW2 00-UZ
	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Thüringen	BW2 30-UZ	BW2 00-UZ	BW2 20-UZ
	KHT-U mind. 10, mit BW2 30-UZ mind. 33	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10, mit BW2 20-UZ mind. 33
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Hessen	BW2 30-UZ	BW2 00-UZ	BW2 30-UZ
Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigten + 1 berücksichtigungsfähiger Person 70 % stationär	KHT-U mind. 10, mit BW2 30-ZU mind. 16	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10, mit BW2 30-ZU mind. 16
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigten + 2 berücksichtigungsfähigen Personen 75 % stationär	BW2 25-UZ	BW2 00-UZ	BW2 25-UZ
	KHT-U mind. 10, mit BW2 25-ZU mind. 16	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10, mit BW2 25-ZU mind. 16
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigten + 3 berücksichtigungsfähigen Personen 80 % stationär	BW2 20-UZ	BW2 00-UZ	BW2 20-UZ
	KHT-U mind. 10, mit BW2 20-ZU mind. 16	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10, mit BW2 20-ZU mind. 16
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ
Bemessungssatz bei Beihilfeberechtigten + 4 berücksichtigungsfähigen Personen 85 % stationär	BW2 15-UZ	BW2 00-UZ	BW2 15-UZ
	KHT-U mind. 10, mit BW2 15-ZU mind. 16	KHT-U mind. 10	KHT-U mind. 10, mit BW2 15-ZU mind. 16
	KUR-UZ	KUR-UZ	KUR-UZ

* siehe Seite 15 „Wichtige Informationen für ihr Kundengespräch“ oder je Beihilferegelung „Beihilfe auf einen Blick“

Weitere Ergänzungstarife siehe Kapitel „Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte“

Hinweis

Bitte beachten Sie die maximal zulässige Stufenzahl für die Tarife KUR-U bzw. KUR-UZ, sobald diese Tarife in Verbindung mit den Tarifen BN1/1-U, BN1/2-U bzw. BN2-U mit Leistungsanspruch bestehen. Ggf. ist die Stufe der Tarife KUR-U bzw. KUR-UZ entsprechend herabzusetzen.

Komfort-Schutz: Tarifreihe Vision B-U

VisB20-U **VisB30-U** **VisB50T-U** **VisB15-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				6%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	32,45	47	87,59	0–14	48,68	47	131,38	0–14	–	47	195,01	0–14	24,34	47	65,69
15–19	34,18	48	89,08	15–19	51,28	48	133,63	15–19	85,46	48	198,54	15–19	25,64	48	66,81
20	64,30	49	90,62	20	96,44	49	135,93	20	145,30	49	202,20	20	48,22	49	67,97
21	65,18	50	92,20	21	97,77	50	138,31	21	147,24	50	205,99	21	48,88	50	69,16
22	66,10	51	93,84	22	99,14	51	140,77	22	149,23	51	210,00	22	49,58	51	70,38
23	67,01	52	95,54	23	100,53	52	143,31	23	151,24	52	214,16	23	50,26	52	71,65
24	67,93	53	97,31	24	101,88	53	145,96	24	153,23	53	218,58	24	50,94	53	72,99
25	68,77	54	99,13	25	103,16	54	148,70	25	155,08	54	223,24	25	51,58	54	74,35
26	69,56	55	101,02	26	104,35	55	151,54	26	156,75	55	228,13	26	52,17	55	75,77
27	70,30	56	102,97	27	105,46	56	154,46	27	158,30	56	233,28	27	52,73	56	77,23
28	70,99	57	105,00	28	106,49	57	157,49	28	159,74	57	238,71	28	53,25	57	78,75
29	71,62	58	107,09	29	107,43	58	160,62	29	160,98	58	244,48	29	53,71	58	80,31
30	72,20	59	109,22	30	108,31	59	163,82	30	162,13	59	250,50	30	54,15	59	81,92
31	72,73	60	101,26	31	109,11	60	151,89	31	163,13	60	242,26	31	54,55	60	75,94
32	73,27	61	103,26	32	109,90	61	154,89	32	164,13	61	248,48	32	54,96	61	77,44
33	73,80	62	105,30	33	110,70	62	157,95	33	165,13	62	255,05	33	55,35	62	78,98
34	74,40	63	107,36	34	111,60	63	161,04	34	166,26	63	262,01	34	55,80	63	80,52
35	75,04	64	109,30	35	112,56	64	163,95	35	167,52	64	268,82	35	56,29	64	81,97
36	75,72	65	108,38	36	113,59	65	162,57	36	168,86	65	–	36	56,79	65	81,29
37	76,43	66	109,97	37	114,64	66	164,96	37	170,29	66	–	37	57,32	66	82,48
38	77,14	67	111,41	38	115,71	67	167,11	38	171,67	67	–	38	57,86	67	83,56
39	77,95	68	112,64	39	116,92	68	168,95	39	173,31	68	–	39	58,45	68	84,48
40	78,83	69	113,84	40	118,24	69	170,76	40	175,18	69	–	40	59,13	69	85,38
41	79,83	70	115,00	41	119,75	70	172,50	41	177,36	70	–	41	59,87	70	86,25
42	80,95	71	116,08	42	121,43	71	174,12	42	179,80	71	–	42	60,72	71	87,06
43	82,19	72	116,80	43	123,28	72	175,20	43	182,60	72	–	43	61,64	72	87,60
44	83,46	73	117,42	44	125,19	73	176,12	44	185,48	73	–	44	62,60	73	88,06
45	84,79	74	118,00	45	127,18	74	177,00	45	188,52	74	–	45	63,59	74	88,50
46	86,15	75	118,67	46	129,23	75	178,00	46	191,69	75	–	46	64,61	75	89,00

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

VisB20-UA **VisB30-UA** **VisB50T-UA** **VisB15-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–20	28,07	28,07	46,23	21,05
21	28,07	28,07	46,23	21,05
22	28,21	28,21	46,39	21,15
23	28,57	28,57	46,93	21,43
24	28,71	28,71	47,09	21,53
25	29,08	29,08	47,64	21,81
26	29,21	29,21	47,80	21,91
27	30,83	30,83	50,36	23,12
28	32,45	32,45	52,93	24,34
29	33,80	33,80	55,04	25,35
30	35,42	35,42	57,61	26,57
31	37,04	37,04	60,17	27,78
32	38,72	38,72	62,77	29,04
33	40,59	40,59	65,70	30,44
34	42,19	42,19	68,17	31,64

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Komfort-Schutz: Tarifreihe Vision B-U

VisB2015-U **VisB2515-U** **VisB25-U** **VisB3015-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	30,40	47	81,84	0–14	36,47	47	98,00	0–14	40,56	47	109,48	0–14	42,53	47	114,15
15–19	32,69	48	83,20	15–19	39,74	48	99,58	15–19	42,73	48	111,35	15–19	46,79	48	115,97
20	60,69	49	84,60	20	73,15	49	101,23	20	80,37	49	113,28	20	85,62	49	117,87
21	61,50	50	86,04	21	74,12	50	102,93	21	81,48	50	115,26	21	86,74	50	119,82
22	62,35	51	87,53	22	75,12	51	104,69	22	82,62	51	117,30	22	87,90	51	121,84
23	63,20	52	89,08	23	76,12	52	106,50	23	83,78	52	119,43	23	89,06	52	123,93
24	64,03	53	90,70	24	77,11	53	108,41	24	84,91	53	121,64	24	90,20	53	126,12
25	64,80	54	92,36	25	78,03	54	110,36	25	85,97	54	123,92	25	91,26	54	128,37
26	65,53	55	94,07	26	78,88	55	112,39	26	86,96	55	126,28	26	92,25	55	130,69
27	66,21	56	95,84	27	79,68	56	114,46	27	87,88	56	128,72	27	93,16	56	133,07
28	66,84	57	97,67	28	80,42	57	116,60	28	88,75	57	131,24	28	94,02	57	135,53
29	67,40	58	99,56	29	81,09	58	118,80	29	89,53	58	133,86	29	94,78	58	138,04
30	67,93	59	101,49	30	81,71	59	121,04	30	90,26	59	136,52	30	95,49	59	140,61
31	68,41	60	94,04	31	82,28	60	112,13	31	90,93	60	126,57	31	96,14	60	130,23
32	68,89	61	95,85	32	82,84	61	114,26	32	91,59	61	129,07	32	96,78	61	132,67
33	69,38	62	97,71	33	83,40	62	116,45	33	92,26	62	131,63	33	97,43	62	135,19
34	69,92	63	99,60	34	84,04	63	118,67	34	93,01	63	134,20	34	98,15	63	137,74
35	70,50	64	101,36	35	84,71	64	120,74	35	93,81	64	136,62	35	98,93	64	140,13
36	71,12	65	100,47	36	85,44	65	119,65	36	94,66	65	135,48	36	99,76	65	138,84
37	71,75	66	101,91	37	86,17	66	121,33	37	95,54	66	137,47	37	100,61	66	140,76
38	72,38	67	103,18	38	86,91	67	122,81	38	96,43	67	139,26	38	101,44	67	142,44
39	73,11	68	104,27	39	87,76	68	124,06	39	97,43	68	140,80	39	102,41	68	143,85
40	73,91	69	105,34	40	88,69	69	125,29	40	98,54	69	142,31	40	103,48	69	145,25
41	74,81	70	106,36	41	89,75	70	126,47	41	99,79	70	143,75	41	104,69	70	146,58
42	75,82	71	107,32	42	90,94	71	127,58	42	101,19	71	145,10	42	106,04	71	147,84
43	76,95	72	107,96	43	92,25	72	128,32	43	102,74	72	146,00	43	107,55	72	148,68
44	78,10	73	108,50	44	93,60	73	128,95	44	104,32	73	146,77	44	109,10	73	149,39
45	79,30	74	109,02	45	95,02	74	129,54	45	106,00	74	147,50	45	110,73	74	150,06
46	80,54	75	109,61	46	96,46	75	130,21	46	107,69	75	148,34	46	112,39	75	150,82

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

VisB2015-UA **VisB2515-UA** **VisB25-UA** **VisB3015-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–20	26,68	26,68	28,07	26,68
21	26,68	26,68	28,07	26,68
22	26,78	26,78	28,21	26,78
23	27,11	27,11	28,57	27,11
24	27,21	27,21	28,71	27,21
25	27,53	27,53	29,08	27,53
26	27,63	27,63	29,21	27,63
27	29,13	29,13	30,83	29,13
28	30,62	30,62	32,45	30,62
29	31,86	31,86	33,80	31,86
30	33,36	33,36	35,42	33,36
31	34,85	34,85	37,04	34,85
32	36,38	36,38	38,72	36,38
33	38,09	38,09	40,59	38,09
34	39,54	39,54	42,19	39,54

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Komfort-Schutz: Tarifreihe Vision B-U

VisB3520-U **VisB35-U** **VisB4025-U** **VisB40-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	50,64	47	136,04	0–14	56,79	47	153,29	0–14	58,76	47	157,94	0–14	64,90	47	175,18
15–19	55,34	48	138,25	15–19	59,82	48	155,89	15–19	63,88	48	160,52	15–19	68,37	48	178,17
20	101,70	49	140,53	20	112,51	49	158,59	20	117,77	49	163,17	20	128,58	49	181,24
21	103,04	50	142,87	21	114,06	50	161,36	21	119,33	50	165,92	21	130,35	50	184,42
22	104,42	51	145,29	22	115,67	51	164,22	22	120,95	51	168,75	22	132,19	51	187,68
23	105,81	52	147,81	23	117,28	52	167,19	23	122,56	52	171,69	23	134,04	52	191,07
24	107,17	53	150,45	24	118,87	53	170,29	24	124,16	53	174,77	24	135,85	53	194,61
25	108,45	54	153,15	25	120,35	54	173,48	25	125,64	54	177,94	25	137,54	54	198,26
26	109,64	55	155,95	26	121,74	55	176,79	26	127,03	55	181,20	26	139,13	55	202,05
27	110,74	56	158,82	27	123,04	56	180,20	27	128,32	56	184,56	27	140,61	56	205,94
28	111,76	57	161,78	28	124,25	57	183,74	28	129,51	57	188,02	28	141,99	57	209,99
29	112,68	58	164,81	29	125,33	58	187,40	29	130,59	58	191,59	29	143,23	58	214,17
30	113,54	59	167,93	30	126,36	59	191,13	30	131,59	59	195,23	30	144,40	59	218,43
31	114,32	60	155,54	31	127,29	60	177,20	31	132,51	60	180,86	31	145,48	60	202,52
32	115,09	61	158,49	32	128,22	61	180,70	32	133,42	61	184,30	32	146,53	61	206,51
33	115,87	62	161,51	33	129,15	62	184,28	33	134,33	62	187,84	33	147,61	62	210,60
34	116,75	63	164,58	34	130,21	63	187,88	34	135,36	63	191,42	34	148,80	63	214,72
35	117,69	64	167,45	35	131,33	64	191,27	35	136,46	64	194,78	35	150,08	64	218,59
36	118,69	65	165,93	36	132,52	65	189,67	36	137,62	65	193,03	36	151,45	65	216,76
37	119,71	66	168,25	37	133,76	66	192,46	37	138,82	66	195,74	37	152,86	66	219,95
38	120,74	67	170,29	38	134,99	67	194,97	38	140,02	67	198,14	38	154,28	67	222,82
39	121,90	68	172,01	39	136,40	68	197,11	39	141,38	68	200,17	39	155,89	68	225,27
40	123,18	69	173,71	40	137,95	69	199,23	40	142,89	69	202,17	40	157,65	69	227,69
41	124,64	70	175,33	41	139,71	70	201,25	41	144,61	70	204,08	41	159,67	70	230,00
42	126,28	71	176,86	42	141,67	71	203,14	42	146,52	71	205,88	42	161,90	71	232,16
43	128,10	72	177,88	43	143,84	72	204,40	43	148,64	72	207,08	43	164,37	72	233,60
44	129,97	73	178,74	44	146,06	73	205,48	44	150,83	73	208,10	44	166,91	73	234,83
45	131,92	74	179,56	45	148,39	74	206,50	45	153,12	74	209,06	45	169,59	74	235,99
46	133,93	75	180,49	46	150,78	75	207,67	46	155,46	75	210,16	46	172,30	75	237,34

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

VisB3520-UA **VisB35-UA** **VisB4025-UA** **VisB40-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–20	30,40	32,36	35,02	36,99
21	30,40	32,36	35,02	36,99
22	30,46	32,47	35,10	37,11
23	30,78	32,85	35,47	37,55
24	30,84	32,97	35,55	37,68
25	31,16	33,35	35,92	38,11
26	31,22	33,46	36,00	38,24
27	32,84	35,25	37,88	40,29
28	34,47	37,05	39,76	42,34
29	35,79	38,53	41,29	44,03
30	37,41	40,33	43,17	46,09
31	39,03	42,12	45,05	48,14
32	40,62	43,94	46,90	50,22
33	42,45	45,99	49,02	52,56
34	43,98	47,72	50,79	54,54

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Komfort-Schutz: Tarifreihe Vision B-U

VisB4530-U **VisB45-U** **VisB50-U** **VisB5035-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	66,87	47	179,84	0–14	73,01	47	197,08	0–14	81,13	47	218,98	0–14	74,98	47	201,74
15–19	72,43	48	182,79	15–19	76,91	48	200,43	15–19	85,46	48	222,71	15–19	80,98	48	205,06
20	133,84	49	185,83	20	144,66	49	203,90	20	160,73	49	226,55	20	149,91	49	208,48
21	135,62	50	188,97	21	146,65	50	207,47	21	162,94	50	230,52	21	151,92	50	212,03
22	137,47	51	192,21	22	148,71	51	211,15	22	165,23	51	234,61	22	153,99	51	215,68
23	139,32	52	195,58	23	150,79	52	214,96	23	167,54	52	238,84	23	156,08	52	219,46
24	141,14	53	199,10	24	152,82	53	218,94	24	169,81	53	243,27	24	158,13	53	223,42
25	142,84	54	202,72	25	154,74	54	223,06	25	171,93	54	247,84	25	160,03	54	227,50
26	144,42	55	206,46	26	156,52	55	227,30	26	173,91	55	252,56	26	161,81	55	231,72
27	145,89	56	210,30	27	158,19	56	231,69	27	175,76	56	257,43	27	163,47	56	236,05
28	147,27	57	214,27	28	159,74	57	236,24	28	177,49	57	262,49	28	165,01	57	240,53
29	148,49	58	218,36	29	161,14	58	240,94	29	179,05	58	267,72	29	166,40	58	245,12
30	149,64	59	222,53	30	162,45	59	245,74	30	180,50	59	273,04	30	167,70	59	249,83
31	150,69	60	206,17	31	163,66	60	227,83	31	181,84	60	253,14	31	168,87	60	231,49
32	151,73	61	210,11	32	164,86	61	232,33	32	183,17	61	258,14	32	170,05	61	235,93
33	152,78	62	214,16	33	166,06	62	236,93	33	184,50	62	263,25	33	171,23	62	240,49
34	153,96	63	218,26	34	167,40	63	241,57	34	186,00	63	268,41	34	172,56	63	245,11
35	155,21	64	222,10	35	168,85	64	245,92	35	187,61	64	273,24	35	173,98	64	249,43
36	156,55	65	220,12	36	170,38	65	243,86	36	189,31	65	270,95	36	175,48	65	247,22
37	157,93	66	223,24	37	171,97	66	247,44	37	191,08	66	274,94	37	177,03	66	250,73
38	159,30	67	225,99	38	173,56	67	250,67	38	192,85	67	278,52	38	178,59	67	253,85
39	160,86	68	228,33	39	175,37	68	253,43	39	194,87	68	281,59	39	180,36	68	256,49
40	162,59	69	230,63	40	177,36	69	256,15	40	197,08	69	284,61	40	182,30	69	259,09
41	164,56	70	232,83	41	179,63	70	258,75	41	199,58	70	287,50	41	184,53	70	261,58
42	166,76	71	234,90	42	182,14	71	261,18	42	202,38	71	290,20	42	187,00	71	263,92
43	169,19	72	236,28	43	184,92	72	262,80	43	205,47	72	292,00	43	189,74	72	265,48
44	171,69	73	237,45	44	187,78	73	264,19	44	208,65	73	293,54	44	192,56	73	266,81
45	174,32	74	238,56	45	190,78	74	265,49	45	211,98	74	294,99	45	195,51	74	268,06
46	177,00	75	239,82	46	193,85	75	267,01	46	215,39	75	296,67	46	198,54	75	269,49

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

VisB4530-UA **VisB45-UA** **VisB50-UA** **VisB5035-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
20	39,65	41,61	46,23	44,27
21	39,65	41,61	46,23	44,27
22	39,74	41,75	46,39	44,38
23	40,17	42,24	46,93	44,86
24	40,26	42,38	47,09	44,97
25	40,69	42,87	47,64	45,45
26	40,78	43,02	47,80	45,56
27	42,92	45,33	50,36	47,95
28	45,05	47,63	52,93	50,34
29	46,80	49,54	55,04	52,30
30	48,93	51,85	57,61	54,69
31	51,07	54,16	60,17	57,08
32	53,18	56,49	62,77	59,46
33	55,59	59,13	65,70	62,16
34	57,61	61,36	68,17	64,43

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zum Komfort-Schutz

BN3/1 20-U **BN3/1 30-U** **BN3/1 50-U** **BN3/1 15-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	0,78	47	6,95	0–14	0,68	47	6,08	0–14	0,49	47	4,35	0–14	0,83	47	7,38
15–19	1,41	48	7,04	15–19	1,24	48	6,16	15–19	0,88	48	4,40	15–19	1,50	48	7,48
20	4,16	49	7,14	20	3,64	49	6,24	20	2,60	49	4,46	20	4,42	49	7,58
21	4,25	50	7,23	21	3,72	50	6,31	21	2,65	50	4,51	21	4,51	50	7,68
22	4,33	51	7,29	22	3,80	51	6,38	22	2,71	51	4,55	22	4,61	51	7,74
23	4,43	52	7,34	23	3,87	52	6,42	23	2,77	52	4,59	23	4,71	52	7,80
24	4,52	53	7,38	24	3,96	53	6,46	24	2,83	53	4,61	24	4,81	53	7,84
25	4,62	54	7,41	25	4,04	54	6,49	25	2,88	54	4,64	25	4,91	54	7,89
26	4,71	55	7,46	26	4,13	55	6,52	26	2,95	55	4,66	26	5,01	55	7,92
27	4,81	56	7,48	27	4,20	56	6,55	27	3,00	56	4,68	27	5,10	56	7,95
28	4,91	57	7,52	28	4,29	57	6,59	28	3,07	57	4,71	28	5,21	57	8,00
29	5,01	58	7,57	29	4,38	58	6,62	29	3,12	58	4,73	29	5,31	58	8,04
30	5,10	59	7,62	30	4,47	59	6,67	30	3,19	59	4,76	30	5,42	59	8,10
31	5,20	60	6,97	31	4,55	60	6,10	31	3,26	60	4,36	31	5,53	60	7,41
32	5,31	61	7,02	32	4,65	61	6,14	32	3,32	61	4,39	32	5,64	61	7,46
33	5,42	62	7,06	33	4,74	62	6,18	33	3,39	62	4,41	33	5,76	62	7,50
34	5,53	63	7,09	34	4,84	63	6,21	34	3,45	63	4,43	34	5,87	63	7,54
35	5,64	64	7,13	35	4,94	64	6,24	35	3,53	64	4,46	35	6,00	64	7,58
36	5,75	65	6,99	36	5,04	65	6,12	36	3,60	65	4,37	36	6,12	65	7,43
37	5,87	66	7,02	37	5,14	66	6,15	37	3,67	66	4,39	37	6,24	66	7,46
38	5,98	67	7,05	38	5,24	67	6,17	38	3,74	67	4,41	38	6,36	67	7,49
39	6,09	68	7,08	39	5,34	68	6,19	39	3,81	68	4,42	39	6,48	68	7,52
40	6,20	69	7,10	40	5,43	69	6,21	40	3,88	69	4,44	40	6,60	69	7,54
41	6,33	70	7,12	41	5,53	70	6,23	41	3,95	70	4,45	41	6,71	70	7,57
42	6,44	71	7,14	42	5,62	71	6,25	42	4,02	71	4,46	42	6,83	71	7,59
43	6,53	72	7,16	43	5,72	72	6,26	43	4,09	72	4,48	43	6,95	72	7,61
44	6,64	73	7,17	44	5,81	73	6,28	44	4,16	73	4,48	44	7,06	73	7,62
45	6,74	74	7,19	45	5,91	74	6,29	45	4,21	74	4,49	45	7,17	74	7,63
46	6,85	75	7,20	46	6,00	75	6,30	46	4,28	75	4,50	46	7,28	75	7,65

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BN3/1 20-UA **BN3/1 30-UA** **BN3/1 50-UA** **BN3/1 15-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	1,41	0,97	0,69	1,50
20	1,98	1,57	1,12	2,11
21	1,98	1,57	1,12	2,11
22	1,98	1,57	1,12	2,11
23	1,98	1,59	1,14	2,11
24	2,05	1,68	1,20	2,18
25	2,12	1,76	1,26	2,25
26	2,19	1,84	1,32	2,33
27	2,27	1,93	1,38	2,41
28	2,35	1,97	1,41	2,49
29	2,42	1,99	1,42	2,57
30	2,49	2,01	1,44	2,64
31	2,56	2,04	1,46	2,72
32	2,63	2,07	1,48	2,79
33	2,70	2,12	1,51	2,87
34	2,70	2,12	1,51	2,87

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zum Komfort-Schutz

BN3/1 25-U **BN3/1 35-U** **BN3/1 40-U** **BN3/1 45-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	0,73	47	6,51	0–14	0,63	47	5,64	0–14	0,58	47	5,21	0–14	0,54	47	4,77
15–19	1,32	48	6,60	15–19	1,15	48	5,72	15–19	1,06	48	5,28	15–19	0,97	48	4,84
20	3,89	49	6,69	20	3,38	49	5,80	20	3,11	49	5,35	20	2,86	49	4,91
21	3,98	50	6,78	21	3,45	50	5,87	21	3,18	50	5,41	21	2,92	50	4,96
22	4,07	51	6,83	22	3,52	51	5,92	22	3,26	51	5,47	22	2,98	51	5,01
23	4,15	52	6,88	23	3,60	52	5,96	23	3,32	52	5,50	23	3,05	52	5,04
24	4,24	53	6,92	24	3,67	53	6,00	24	3,39	53	5,53	24	3,11	53	5,07
25	4,33	54	6,95	25	3,75	54	6,03	25	3,47	54	5,57	25	3,18	54	5,10
26	4,42	55	6,99	26	3,83	55	6,06	26	3,53	55	5,59	26	3,25	55	5,13
27	4,51	56	7,02	27	3,91	56	6,08	27	3,61	56	5,61	27	3,31	56	5,15
28	4,60	57	7,06	28	3,98	57	6,12	28	3,67	57	5,64	28	3,38	57	5,18
29	4,70	58	7,10	29	4,07	58	6,15	29	3,75	58	5,68	29	3,44	58	5,20
30	4,79	59	7,14	30	4,15	59	6,19	30	3,83	59	5,72	30	3,51	59	5,24
31	4,88	60	6,54	31	4,24	60	5,67	31	3,91	60	5,23	31	3,58	60	4,79
32	4,98	61	6,58	32	4,31	61	5,70	32	3,98	61	5,26	32	3,65	61	4,82
33	5,08	62	6,62	33	4,41	62	5,74	33	4,07	62	5,29	33	3,73	62	4,85
34	5,18	63	6,65	34	4,50	63	5,77	34	4,15	63	5,32	34	3,81	63	4,88
35	5,29	64	6,68	35	4,59	64	5,79	35	4,24	64	5,35	35	3,88	64	4,90
36	5,39	65	6,56	36	4,68	65	5,68	36	4,31	65	5,25	36	3,96	65	4,81
37	5,50	66	6,58	37	4,77	66	5,71	37	4,40	66	5,27	37	4,04	66	4,83
38	5,61	67	6,61	38	4,86	67	5,73	38	4,49	67	5,29	38	4,11	67	4,85
39	5,72	68	6,63	39	4,95	68	5,75	39	4,58	68	5,31	39	4,19	68	4,86
40	5,82	69	6,66	40	5,05	69	5,77	40	4,65	69	5,32	40	4,27	69	4,88
41	5,93	70	6,68	41	5,14	70	5,79	41	4,74	70	5,34	41	4,35	70	4,90
42	6,03	71	6,70	42	5,23	71	5,80	42	4,82	71	5,36	42	4,42	71	4,91
43	6,13	72	6,71	43	5,31	72	5,82	43	4,91	72	5,37	43	4,50	72	4,92
44	6,23	73	6,72	44	5,40	73	5,83	44	4,98	73	5,38	44	4,57	73	4,93
45	6,33	74	6,74	45	5,49	74	5,84	45	5,06	74	5,39	45	4,64	74	4,94
46	6,42	75	6,75	46	5,57	75	5,85	46	5,14	75	5,40	46	4,71	75	4,95

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BN3/1 25-UA **BN3/1 35-UA** **BN3/1 40-UA** **BN3/1 45-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	1,04	0,90	0,83	0,76
20	1,69	1,46	1,35	1,24
21	1,69	1,46	1,35	1,24
22	1,69	1,46	1,35	1,24
23	1,71	1,48	1,37	1,25
24	1,80	1,56	1,44	1,32
25	1,89	1,63	1,51	1,38
26	1,98	1,71	1,58	1,45
27	2,07	1,79	1,65	1,51
28	2,11	1,83	1,69	1,55
29	2,13	1,85	1,71	1,56
30	2,16	1,87	1,73	1,58
31	2,19	1,89	1,75	1,60
32	2,21	1,92	1,77	1,62
33	2,27	1,96	1,81	1,66
34	2,27	1,96	1,81	1,66

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zum Komfort-Schutz

BN3/2 20-U **BN3/2 30-U** **BN3/2 50-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	0,74	47	11,18	0–14	0,65	47	9,78	0–14	0,46	47	6,99
15–19	2,17	48	11,34	15–19	1,90	48	9,92	15–19	1,36	48	7,08
20	6,68	49	11,50	20	5,84	49	10,05	20	4,17	49	7,18
21	6,82	50	11,65	21	5,96	50	10,19	21	4,26	50	7,28
22	6,96	51	11,76	22	6,09	51	10,29	22	4,36	51	7,35
23	7,11	52	11,85	23	6,23	52	10,36	23	4,44	52	7,40
24	7,26	53	11,94	24	6,36	53	10,44	24	4,54	53	7,46
25	7,41	54	12,01	25	6,49	54	10,51	25	4,63	54	7,50
26	7,57	55	12,08	26	6,62	55	10,57	26	4,73	55	7,55
27	7,72	56	12,14	27	6,75	56	10,63	27	4,83	56	7,59
28	7,88	57	12,23	28	6,89	57	10,70	28	4,92	57	7,65
29	8,03	58	12,31	29	7,03	58	10,77	29	5,03	58	7,69
30	8,20	59	12,41	30	7,17	59	10,86	30	5,13	59	7,76
31	8,36	60	11,37	31	7,32	60	9,95	31	5,23	60	7,11
32	8,53	61	11,46	32	7,46	61	10,03	32	5,34	61	7,16
33	8,70	62	11,54	33	7,61	62	10,10	33	5,43	62	7,21
34	8,88	63	11,62	34	7,77	63	10,17	34	5,54	63	7,26
35	9,05	64	11,70	35	7,92	64	10,23	35	5,65	64	7,31
36	9,23	65	11,49	36	8,07	65	10,05	36	5,78	65	7,18
37	9,42	66	11,55	37	8,24	66	10,11	37	5,89	66	7,22
38	9,59	67	11,61	38	8,39	67	10,16	38	6,00	67	7,26
39	9,78	68	11,67	39	8,56	68	10,21	39	6,12	68	7,29
40	9,96	69	11,72	40	8,71	69	10,26	40	6,23	69	7,33
41	10,14	70	11,77	41	8,87	70	10,30	41	6,34	70	7,36
42	10,32	71	11,81	42	9,03	71	10,33	42	6,45	71	7,38
43	10,49	72	11,84	43	9,19	72	10,36	43	6,56	72	7,40
44	10,67	73	11,86	44	9,34	73	10,38	44	6,67	73	7,41
45	10,85	74	11,88	45	9,48	74	10,39	45	6,78	74	7,42
46	11,01	75	11,90	46	9,64	75	10,41	46	6,89	75	7,44

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BN3/2 20-UA **BN3/2 30-UA** **BN3/2 50-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	2,17	1,46	1,04
20	2,77	2,40	1,71
21	2,77	2,40	1,71
22	2,77	2,40	1,71
23	2,77	2,42	1,73
24	2,87	2,55	1,82
25	2,98	2,67	1,91
26	3,09	2,80	2,00
27	3,20	2,93	2,10
28	3,32	3,00	2,14
29	3,43	3,04	2,17
30	3,54	3,09	2,21
31	3,65	3,14	2,24
32	3,76	3,18	2,27
33	3,87	3,27	2,34
34	3,87	3,27	2,34

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zum Komfort-Schutz

BN4 20-U **BN4 30-U** **BN4 50-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	0,56	47	1,23	0–14	0,49	47	1,08	0–14	0,35	47	0,77
15–19	0,87	48	1,25	15–19	0,76	48	1,10	15–19	0,54	48	0,78
20	0,74	49	1,28	20	0,64	49	1,12	20	0,46	49	0,80
21	0,75	50	1,31	21	0,66	50	1,14	21	0,47	50	0,81
22	0,76	51	1,33	22	0,67	51	1,17	22	0,47	51	0,84
23	0,78	52	1,35	23	0,68	52	1,19	23	0,48	52	0,85
24	0,79	53	1,38	24	0,69	53	1,21	24	0,50	53	0,86
25	0,81	54	1,41	25	0,70	54	1,23	25	0,51	54	0,88
26	0,83	55	1,43	26	0,73	55	1,24	26	0,52	55	0,89
27	0,85	56	1,45	27	0,74	56	1,26	27	0,53	56	0,90
28	0,86	57	1,47	28	0,75	57	1,29	28	0,54	57	0,92
29	0,88	58	1,50	29	0,77	58	1,31	29	0,55	58	0,94
30	0,89	59	1,52	30	0,78	59	1,32	30	0,56	59	0,95
31	0,91	60	1,40	31	0,79	60	1,22	31	0,57	60	0,87
32	0,94	61	1,41	32	0,81	61	1,24	32	0,58	61	0,89
33	0,95	62	1,43	33	0,83	62	1,25	33	0,59	62	0,90
34	0,97	63	1,45	34	0,85	63	1,27	34	0,61	63	0,91
35	0,99	64	1,47	35	0,87	64	1,28	35	0,62	64	0,92
36	1,00	65	1,44	36	0,88	65	1,26	36	0,63	65	0,90
37	1,02	66	1,45	37	0,89	66	1,27	37	0,64	66	0,91
38	1,05	67	1,45	38	0,91	67	1,27	38	0,65	67	0,91
39	1,06	68	1,45	39	0,92	68	1,27	39	0,66	68	0,91
40	1,08	69	1,45	40	0,95	69	1,27	40	0,67	69	0,91
41	1,10	70	1,44	41	0,96	70	1,26	41	0,68	70	0,90
42	1,12	71	1,44	42	0,98	71	1,26	42	0,70	71	0,90
43	1,14	72	1,44	43	1,00	72	1,26	43	0,72	72	0,90
44	1,17	73	1,43	44	1,02	73	1,25	44	0,73	73	0,89
45	1,19	74	1,43	45	1,03	74	1,25	45	0,74	74	0,90
46	1,21	75	1,44	46	1,06	75	1,26	46	0,76	75	0,90

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BN4 20-UA **BN4 30-UA** **BN4 50-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	0,87	0,35	0,25
20	0,48	0,42	0,30
21	0,48	0,42	0,30
22	0,48	0,42	0,30
23	0,48	0,42	0,30
24	0,48	0,42	0,30
25	0,48	0,42	0,30
26	0,48	0,42	0,30
27	0,48	0,42	0,30
28	0,49	0,42	0,30
29	0,49	0,42	0,30
30	0,50	0,42	0,30
31	0,51	0,42	0,30
32	0,51	0,42	0,30
33	0,52	0,42	0,30
34	0,52	0,42	0,30

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Top-Schutz: Tarifgruppe B-U

BS 20-U **BS 30-U** **BS 50T-U** **BS 15-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				6%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	21,04	47	84,59	0–14	31,56	47	126,89	0–14	–	47	195,36	0–14	15,78	47	63,45
15–19	23,29	48	85,65	15–19	34,94	48	128,48	15–19	58,23	48	197,88	15–19	17,47	48	64,24
20	60,16	49	86,69	20	90,24	49	130,04	20	139,27	49	200,40	20	45,12	49	65,02
21	61,08	50	87,74	21	91,62	50	131,59	21	141,36	50	202,95	21	45,80	50	65,80
22	61,99	51	88,81	22	92,97	51	133,22	22	143,37	51	205,62	22	46,49	51	66,61
23	62,91	52	89,91	23	94,37	52	134,86	23	145,49	52	208,35	23	47,18	52	67,43
24	63,82	53	91,05	24	95,72	53	136,57	24	147,55	53	211,21	24	47,86	53	68,29
25	64,70	54	92,19	25	97,04	54	138,28	25	149,52	54	214,16	25	48,52	54	69,15
26	65,52	55	93,34	26	98,29	55	140,01	26	151,39	55	217,14	26	49,14	55	70,00
27	66,31	56	94,47	27	99,46	56	141,69	27	153,13	56	220,07	27	49,73	56	70,85
28	67,07	57	95,60	28	100,60	57	143,40	28	154,79	57	223,10	28	50,30	57	71,70
29	67,79	58	96,77	29	101,70	58	145,16	29	156,41	58	226,29	29	50,84	58	72,58
30	68,53	59	98,03	30	102,80	59	147,05	30	158,05	59	229,85	30	51,39	59	73,52
31	69,27	60	90,36	31	103,91	60	135,54	31	159,69	60	220,62	31	51,95	60	67,77
32	70,05	61	91,71	32	105,07	61	137,56	32	161,41	61	224,86	32	52,54	61	68,78
33	70,84	62	93,10	33	106,26	62	139,65	33	163,20	62	229,40	33	53,13	62	69,82
34	71,70	63	94,52	34	107,55	63	141,78	34	165,15	63	234,27	34	53,78	63	70,89
35	72,62	64	95,95	35	108,93	64	143,93	35	167,26	64	239,39	35	54,47	64	71,96
36	73,60	65	94,95	36	110,40	65	142,43	36	169,52	65	–	36	55,20	65	71,22
37	74,58	66	96,24	37	111,87	66	144,36	37	171,80	66	–	37	55,94	66	72,18
38	75,56	67	97,52	38	113,34	67	146,29	38	174,08	67	–	38	56,67	67	73,14
39	76,53	68	98,85	39	114,79	68	148,28	39	176,31	68	–	39	57,39	68	74,14
40	77,47	69	100,20	40	116,20	69	150,30	40	178,49	69	–	40	58,10	69	75,15
41	78,42	70	101,58	41	117,63	70	152,36	41	180,71	70	–	41	58,82	70	76,18
42	79,40	71	102,98	42	119,10	71	154,47	42	183,00	71	–	42	59,55	71	77,23
43	80,41	72	104,41	43	120,63	72	156,61	43	185,36	72	–	43	60,31	72	78,31
44	81,44	73	105,82	44	122,17	73	158,74	44	187,80	73	–	44	61,08	73	79,37
45	82,48	74	107,23	45	123,72	74	160,84	45	190,29	74	–	45	61,86	74	80,42
46	83,52	75	108,62	46	125,29	75	162,93	46	192,80	75	–	46	62,65	75	81,46

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BS 20-UA **BS 30-UA** **BS 50-UA** **BS 15-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	19,59	26,38	39,97	14,69
20	21,54	28,82	43,37	16,16
21	21,54	28,82	43,37	16,16
22	21,54	28,82	43,37	16,16
23	21,93	29,07	43,37	16,44
24	22,31	29,33	43,37	16,73
25	22,70	29,59	43,37	17,02
26	23,08	29,84	43,37	17,31
27	23,46	30,10	43,37	17,60
28	23,89	30,38	43,37	17,92
29	24,31	30,67	43,37	18,24
30	24,74	30,95	43,37	18,56
31	25,17	31,23	43,37	18,87
32	25,59	31,52	43,37	19,19
33	25,59	31,52	43,37	19,19
34	25,59	31,52	43,37	19,19

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Top-Schutz: Tarifgruppe B-U

BS 25-U **BS 35-U** **BS 40-U** **BS 45-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	26,30	47	105,74	0–14	36,82	47	148,04	0–14	42,08	47	169,19	0–14	47,34	47	190,33
15–19	29,11	48	107,06	15–19	40,76	48	149,89	15–19	46,58	48	171,30	15–19	52,40	48	192,71
20	75,20	49	108,37	20	105,28	49	151,71	20	120,32	49	173,38	20	135,36	49	195,06
21	76,35	50	109,67	21	106,89	50	153,53	21	122,16	50	175,46	21	137,43	50	197,40
22	77,47	51	111,01	22	108,47	51	155,42	22	123,96	51	177,63	22	139,46	51	199,83
23	78,64	52	112,39	23	110,09	52	157,34	23	125,82	52	179,82	23	141,55	52	202,29
24	79,77	53	113,81	24	111,68	53	159,32	24	127,63	53	182,08	24	143,59	53	204,85
25	80,87	54	115,24	25	113,22	54	161,33	25	129,39	54	184,37	25	145,56	54	207,43
26	81,90	55	116,68	26	114,66	55	163,34	26	131,04	55	186,68	26	147,42	55	210,01
27	82,89	56	118,09	27	116,04	56	165,31	27	132,62	56	188,93	27	149,19	56	212,54
28	83,83	57	119,49	28	117,36	57	167,30	28	134,13	57	191,19	28	150,90	57	215,09
29	84,74	58	120,96	29	118,65	58	169,35	29	135,59	58	193,53	29	152,54	58	217,72
30	85,66	59	122,54	30	119,92	59	171,56	30	137,06	59	196,06	30	154,19	59	220,57
31	86,59	60	112,95	31	121,22	60	158,14	31	138,55	60	180,73	31	155,86	60	203,32
32	87,56	61	114,63	32	122,57	61	160,49	32	140,09	61	183,41	32	157,60	61	206,34
33	88,55	62	116,37	33	123,97	62	162,92	33	141,68	62	186,20	33	159,40	62	209,47
34	89,63	63	118,15	34	125,48	63	165,42	34	143,41	63	189,05	34	161,33	63	212,68
35	90,78	64	119,94	35	127,09	64	167,91	35	145,24	64	191,90	35	163,41	64	215,89
36	91,99	65	118,69	36	128,80	65	166,17	36	147,19	65	189,91	36	165,59	65	213,65
37	93,23	66	120,30	37	130,53	66	168,42	37	149,17	66	192,48	37	167,82	66	216,54
38	94,45	67	121,91	38	132,23	67	170,67	38	151,12	67	195,05	38	170,02	67	219,43
39	95,66	68	123,57	39	133,91	68	172,99	39	153,04	68	197,70	39	172,17	68	222,42
40	96,83	69	125,25	40	135,58	69	175,35	40	154,94	69	200,40	40	174,31	69	225,45
41	98,03	70	126,97	41	137,24	70	177,76	41	156,85	70	203,15	41	176,45	70	228,55
42	99,25	71	128,72	42	138,95	71	180,21	42	158,80	71	205,96	42	178,65	71	231,70
43	100,52	72	130,51	43	140,72	72	182,71	43	160,83	72	208,81	43	180,93	72	234,92
44	101,81	73	132,28	44	142,53	73	185,19	44	162,89	73	211,65	44	183,25	73	238,10
45	103,10	74	134,03	45	144,34	74	187,65	45	164,96	74	214,45	45	185,58	74	241,26
46	104,41	75	135,77	46	146,17	75	190,08	46	167,05	75	217,24	46	187,94	75	244,39

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BS 25-UA **BS 35-UA** **BS 40-UA** **BS 45-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	22,99	29,78	33,18	36,58
20	25,18	32,46	36,09	39,73
21	25,18	32,46	36,09	39,73
22	25,18	32,46	36,09	39,73
23	25,50	32,65	36,22	39,80
24	25,82	32,84	36,35	39,86
25	26,14	33,03	36,48	39,93
26	26,46	33,23	36,61	39,99
27	26,78	33,42	36,74	40,05
28	27,14	33,63	36,88	40,12
29	27,49	33,84	37,02	40,20
30	27,85	34,06	37,16	40,27
31	28,20	34,27	37,30	40,34
32	28,55	34,48	37,44	40,41
33	28,55	34,48	37,44	40,41
34	28,55	34,48	37,44	40,41

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Top-Schutz: Tarifgruppe B-U

BS 50-U **BS 55-U** **BS 60-U** **BS 65-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	52,60	47	211,49	0–14	57,87	47	232,63	0–14	63,13	47	253,78	0–14	68,39	47	274,92
15–19	58,23	48	214,13	15–19	64,05	48	235,54	15–19	69,87	48	256,95	15–19	75,70	48	278,37
20	150,39	49	216,73	20	165,44	49	238,40	20	180,48	49	260,08	20	195,51	49	281,75
21	152,70	50	219,33	21	167,97	50	241,26	21	183,24	50	263,20	21	198,51	50	285,13
22	154,95	51	222,04	22	170,45	51	244,23	22	185,94	51	266,43	22	201,43	51	288,64
23	157,28	52	224,77	23	173,00	52	247,25	23	188,73	52	269,73	23	204,46	52	292,20
24	159,54	53	227,61	24	175,49	53	250,37	24	191,46	53	273,13	24	207,41	53	295,89
25	161,74	54	230,47	25	177,91	54	253,52	25	194,10	54	276,56	25	210,27	54	299,61
26	163,80	55	233,34	26	180,18	55	256,69	26	196,56	55	280,02	26	212,94	55	303,35
27	165,77	56	236,16	27	182,34	56	259,78	27	198,92	56	283,39	27	215,49	56	307,01
28	167,66	57	238,99	28	184,43	57	262,89	28	201,20	57	286,79	28	217,97	57	310,68
29	169,49	58	241,92	29	186,44	58	266,11	29	203,39	58	290,30	29	220,33	58	314,49
30	171,33	59	245,08	30	188,45	59	269,59	30	205,59	59	294,10	30	222,72	59	318,60
31	173,17	60	225,91	31	190,49	60	248,50	31	207,81	60	271,09	31	225,13	60	293,68
32	175,11	61	229,27	32	192,62	61	252,19	32	210,13	61	275,12	32	227,65	61	298,05
33	177,11	62	232,74	33	194,82	62	256,02	33	212,53	62	279,29	33	230,24	62	302,57
34	179,26	63	236,31	34	197,18	63	259,94	34	215,11	63	283,57	34	233,02	63	307,20
35	181,56	64	239,88	35	199,71	64	263,86	35	217,87	64	287,85	35	236,03	64	311,84
36	183,99	65	237,38	36	202,39	65	261,12	36	220,79	65	284,86	36	239,18	65	308,60
37	186,46	66	240,60	37	205,11	66	264,66	37	223,75	66	288,72	37	242,40	66	312,78
38	188,90	67	243,81	38	207,79	67	268,19	38	226,68	67	292,57	38	245,58	67	316,95
39	191,30	68	247,13	39	210,44	68	271,84	39	229,57	68	296,56	39	248,70	68	321,27
40	193,68	69	250,50	40	213,04	69	275,55	40	232,41	69	300,60	40	251,78	69	325,65
41	196,05	70	253,94	41	215,67	70	279,33	41	235,27	70	304,73	41	254,87	70	330,12
42	198,50	71	257,45	42	218,35	71	283,19	42	238,19	71	308,94	42	258,05	71	334,68
43	201,04	72	261,02	43	221,13	72	287,12	43	241,24	72	313,22	43	261,35	72	339,32
44	203,61	73	264,56	44	223,96	73	291,02	44	244,32	73	317,47	44	264,68	73	343,93
45	206,21	74	268,07	45	226,82	74	294,87	45	247,45	74	321,68	45	268,06	74	348,49
46	208,81	75	271,54	46	229,69	75	298,70	46	250,58	75	325,85	46	271,46	75	353,01

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BS 50-UA **BS 55-UA** **BS 60-UA** **BS 65-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	39,97	43,97	47,97	51,96
20	43,37	47,71	52,05	56,38
21	43,37	47,71	52,05	56,38
22	43,37	47,71	52,05	56,38
23	43,37	47,71	52,05	56,38
24	43,37	47,71	52,05	56,38
25	43,37	47,71	52,05	56,38
26	43,37	47,71	52,05	56,38
27	43,37	47,71	52,05	56,38
28	43,37	47,71	52,05	56,38
29	43,37	47,71	52,05	56,38
30	43,37	47,71	52,05	56,38
31	43,37	47,71	52,05	56,38
32	43,37	47,71	52,05	56,38
33	43,37	47,71	52,05	56,38
34	43,37	47,71	52,05	56,38

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Top-Schutz: Tarifgruppe B-U

BS 70-U

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

	10%**		
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	73,65	47	296,08
15–19	81,52	48	299,77
20	210,55	49	303,42
21	213,77	50	307,07
22	216,93	51	310,84
23	220,19	52	314,68
24	223,37	53	318,66
25	226,44	54	322,66
26	229,32	55	326,68
27	232,07	56	330,63
28	234,73	57	334,59
29	237,28	58	338,69
30	239,86	59	343,11
31	242,44	60	316,27
32	245,16	61	320,97
33	247,95	62	325,84
34	250,95	63	330,83
35	254,18	64	335,83
36	257,59	65	332,34
37	261,04	66	336,84
38	264,46	67	341,34
39	267,83	68	345,98
40	271,15	69	350,70
41	274,48	70	355,52
42	277,89	71	360,42
43	281,45	72	365,43
44	285,04	73	370,38
45	288,68	74	375,30
46	292,34	75	380,16

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BS 70-UA

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**
16–19	55,96
20	60,72
21	60,72
22	60,72
23	60,72
24	60,72
25	60,72
26	60,72
27	60,72
28	60,72
29	60,72
30	60,72
31	60,72
32	60,72
33	60,72
34	60,72

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Top-Schutz: Tarifgruppe BSG-U

BSG 20-U **BSG 30-U** **BSG 50T-U** **BSG 15-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	16,96	47	59,73	0–14	25,44	47	89,60	0–14	–	47	134,80	0–14	12,72	47	44,79
15–19	15,15	48	60,72	15–19	22,73	48	91,07	15–19	37,88	48	137,12	15–19	11,36	48	45,54
20	40,74	49	61,72	20	61,12	49	92,58	20	92,97	49	139,47	20	30,56	49	46,29
21	41,50	50	62,73	21	62,26	50	94,09	21	94,68	50	141,92	21	31,13	50	47,05
22	42,25	51	63,81	22	63,38	51	95,71	22	96,34	51	144,52	22	31,69	51	47,85
23	43,03	52	64,92	23	64,54	52	97,38	23	98,06	52	147,26	23	32,27	52	48,69
24	43,78	53	66,09	24	65,67	53	99,14	24	99,76	53	150,17	24	32,84	53	49,57
25	44,52	54	67,29	25	66,77	54	100,93	25	101,38	54	153,21	25	33,39	54	50,47
26	45,19	55	68,50	26	67,78	55	102,74	26	102,87	55	156,31	26	33,89	55	51,37
27	45,84	56	69,67	27	68,75	56	104,52	27	104,27	56	159,37	27	34,38	56	52,26
28	46,45	57	70,88	28	69,69	57	106,33	28	105,61	57	162,55	28	34,84	57	53,16
29	47,03	58	72,14	29	70,53	58	108,22	29	106,83	58	165,94	29	35,27	58	54,11
30	47,55	59	73,49	30	71,32	59	110,24	30	107,93	59	169,73	30	35,66	59	55,12
31	48,06	60	68,14	31	72,08	60	102,22	31	108,98	60	164,11	31	36,05	60	51,11
32	48,58	61	69,58	32	72,86	61	104,37	32	110,05	61	168,58	32	36,43	61	52,18
33	49,10	62	71,05	33	73,67	62	106,58	33	111,16	62	173,34	33	36,83	62	53,29
34	49,70	63	72,56	34	74,55	63	108,83	34	112,41	63	178,42	34	37,28	63	54,42
35	50,34	64	74,02	35	75,52	64	111,03	35	113,80	64	183,60	35	37,75	64	55,52
36	51,01	65	73,55	36	76,52	65	110,33	36	115,25	65	–	36	38,26	65	55,17
37	51,67	66	74,79	37	77,51	66	112,19	37	116,68	66	–	37	38,75	66	56,09
38	52,31	67	75,98	38	78,45	67	113,98	38	118,05	67	–	38	39,23	67	56,99
39	52,95	68	77,17	39	79,42	68	115,76	39	119,43	68	–	39	39,71	68	57,88
40	53,61	69	78,37	40	80,43	69	117,56	40	120,86	69	–	40	40,22	69	58,78
41	54,33	70	79,57	41	81,50	70	119,36	41	122,42	70	–	41	40,74	70	59,68
42	55,12	71	80,79	42	82,68	71	121,19	42	124,18	71	–	42	41,34	71	60,59
43	55,99	72	81,98	43	83,99	72	122,97	43	126,14	72	–	43	42,00	72	61,49
44	56,88	73	83,20	44	85,33	73	124,80	44	128,19	73	–	44	42,66	73	62,40
45	57,81	74	84,43	45	86,70	74	126,65	45	130,32	74	–	45	43,35	74	63,33
46	58,74	75	85,70	46	88,12	75	128,55	46	132,52	75	–	46	44,06	75	64,27

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

Top-Schutz: Tarifgruppe BSG-U

BSG 25-U **BSG 35-U** **BSG 40-U** **BSG 45-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	21,20	47	74,66	0–14	29,68	47	104,52	0–14	33,92	47	119,45	0–14	38,16	47	134,39
15–19	18,94	48	75,90	15–19	26,52	48	106,25	15–19	30,31	48	121,43	15–19	34,09	48	136,61
20	50,93	49	77,14	20	71,30	49	108,00	20	81,49	49	123,43	20	91,67	49	138,86
21	51,89	50	78,42	21	72,63	50	109,78	21	83,02	50	125,47	21	93,39	50	141,15
22	52,82	51	79,76	22	73,94	51	111,66	22	84,51	51	127,61	22	95,07	51	143,56
23	53,79	52	81,15	23	75,30	52	113,61	23	86,05	52	129,84	23	96,81	52	146,07
24	54,73	53	82,62	24	76,62	53	115,67	24	87,56	53	132,19	24	98,51	53	148,71
25	55,64	54	84,11	25	77,90	54	117,76	25	89,02	54	134,57	25	100,16	54	151,39
26	56,49	55	85,61	26	79,08	55	119,87	26	90,38	55	136,98	26	101,67	55	154,11
27	57,30	56	87,10	27	80,21	56	121,94	27	91,67	56	139,36	27	103,14	56	156,77
28	58,07	57	88,61	28	81,30	57	124,05	28	92,92	57	141,77	28	104,52	57	159,49
29	58,77	58	90,18	29	82,29	58	126,25	29	94,05	58	144,29	29	105,80	58	162,32
30	59,43	59	91,87	30	83,22	59	128,62	30	95,10	59	146,99	30	106,99	59	165,36
31	60,07	60	85,18	31	84,10	60	119,25	31	96,11	60	136,29	31	108,13	60	153,32
32	60,72	61	86,97	32	85,01	61	121,76	32	97,15	61	139,15	32	109,30	61	156,55
33	61,39	62	88,81	33	85,94	62	124,34	33	98,22	62	142,10	33	110,50	62	159,87
34	62,13	63	90,69	34	86,98	63	126,97	34	99,40	63	145,11	34	111,83	63	163,25
35	62,93	64	92,53	35	88,10	64	129,54	35	100,68	64	148,04	35	113,27	64	166,55
36	63,76	65	91,94	36	89,27	65	128,72	36	102,01	65	147,11	36	114,77	65	165,50
37	64,58	66	93,49	37	90,42	66	130,88	37	103,33	66	149,58	37	116,26	66	168,28
38	65,38	67	94,98	38	91,53	67	132,97	38	104,61	67	151,97	38	117,69	67	170,96
39	66,19	68	96,47	39	92,66	68	135,05	39	105,90	68	154,34	39	119,13	68	173,64
40	67,02	69	97,97	40	93,83	69	137,15	40	107,24	69	156,75	40	120,65	69	176,34
41	67,91	70	99,47	41	95,07	70	139,25	41	108,66	70	159,15	41	122,24	70	179,04
42	68,90	71	100,99	42	96,46	71	141,38	42	110,24	71	161,58	42	124,01	71	181,78
43	69,98	72	102,48	43	97,99	72	143,47	43	111,98	72	163,96	43	125,98	72	184,46
44	71,10	73	104,00	44	99,54	73	145,60	44	113,76	73	166,40	44	127,99	73	187,20
45	72,25	74	105,54	45	101,16	74	147,76	45	115,60	74	168,87	45	130,05	74	189,98
46	73,44	75	107,12	46	102,81	75	149,97	46	117,49	75	171,40	46	132,18	75	192,82

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

Top-Schutz: Tarifgruppe BSG-U

BSG 50-U **BSG 55-U** **BSG 60-U** **BSG 65-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	42,40	47	149,31	0–14	46,64	47	164,25	0–14	50,88	47	179,18	0–14	55,12	47	194,11
15–19	37,88	48	151,79	15–19	41,67	48	166,97	15–19	45,46	48	182,15	15–19	49,25	48	197,33
20	101,86	49	154,29	20	112,05	49	169,72	20	122,23	49	185,15	20	132,42	49	200,57
21	103,76	50	156,83	21	114,15	50	172,51	21	124,52	50	188,20	21	134,89	50	203,89
22	105,63	51	159,52	22	116,20	51	175,47	22	126,76	51	191,42	22	137,32	51	207,37
23	107,57	52	162,31	23	118,33	52	178,53	23	129,09	52	194,76	23	139,84	52	210,99
24	109,45	53	165,23	24	120,40	53	181,75	24	131,35	53	198,28	24	142,30	53	214,80
25	111,29	54	168,21	25	122,42	54	185,03	25	133,54	54	201,86	25	144,67	54	218,68
26	112,97	55	171,24	26	124,28	55	188,36	26	135,58	55	205,48	26	146,87	55	222,61
27	114,59	56	174,20	27	126,05	56	191,61	27	137,51	56	209,03	27	148,97	56	226,46
28	116,14	57	177,21	28	127,75	57	194,93	28	139,37	57	212,66	28	150,99	57	230,38
29	117,56	58	180,36	29	129,32	58	198,39	29	141,06	58	216,43	29	152,82	58	234,47
30	118,87	59	183,74	30	130,76	59	202,11	30	142,65	59	220,48	30	154,53	59	238,87
31	120,14	60	170,36	31	132,15	60	187,40	31	144,17	60	204,43	31	156,18	60	221,47
32	121,44	61	173,94	32	133,58	61	191,34	32	145,73	61	208,73	32	157,87	61	226,13
33	122,77	62	177,63	33	135,05	62	195,39	33	147,32	62	213,15	33	159,60	62	230,92
34	124,25	63	181,39	34	136,68	63	199,53	34	149,09	63	217,67	34	161,52	63	235,81
35	125,85	64	185,05	35	138,44	64	203,56	35	151,02	64	222,06	35	163,60	64	240,57
36	127,52	65	183,88	36	140,27	65	202,27	36	153,03	65	220,66	36	165,78	65	239,05
37	129,17	66	186,98	37	142,09	66	205,68	37	155,00	66	224,37	37	167,93	66	243,07
38	130,76	67	189,96	38	143,84	67	208,96	38	156,92	67	227,95	38	169,99	67	246,95
39	132,37	68	192,93	39	145,61	68	212,22	39	158,85	68	231,52	39	172,08	68	250,81
40	134,05	69	195,93	40	147,46	69	215,53	40	160,85	69	235,12	40	174,26	69	254,71
41	135,83	70	198,93	41	149,41	70	218,83	41	162,99	70	238,72	41	176,57	70	258,61
42	137,80	71	201,98	42	151,58	71	222,17	42	165,36	71	242,37	42	179,14	71	262,57
43	139,98	72	204,96	43	153,98	72	225,45	43	167,97	72	245,95	43	181,97	72	266,44
44	142,21	73	208,00	44	156,43	73	228,80	44	170,64	73	249,60	44	184,87	73	270,40
45	144,51	74	211,09	45	158,95	74	232,19	45	173,40	74	253,30	45	187,85	74	274,41
46	146,86	75	214,25	46	161,55	75	235,67	46	176,23	75	257,09	46	190,92	75	278,52

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

Top-Schutz: Tarifgruppe BSG-U

BSG 70-U

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

	10%**		
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	59,36	47	209,04
15–19	53,04	48	212,51
20	142,60	49	216,01
21	145,28	50	219,56
22	147,90	51	223,32
23	150,60	52	227,22
24	153,24	53	231,33
25	155,80	54	235,50
26	158,17	55	239,73
27	160,42	56	243,87
28	162,60	57	248,11
29	164,58	58	252,49
30	166,42	59	257,24
31	168,20	60	238,50
32	170,02	61	243,52
33	171,89	62	248,68
34	173,94	63	253,95
35	176,20	64	259,07
36	178,53	65	257,44
37	180,84	66	261,77
38	183,06	67	265,95
39	185,32	68	270,10
40	187,67	69	274,31
41	190,16	70	278,50
42	192,92	71	282,77
43	195,97	72	286,94
44	199,09	73	291,20
45	202,30	74	295,52
46	205,61	75	299,94

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

Top-Schutz: Tarifgruppe B3-U

B3 20-U **B3 30-U** **B3 50T-U** **B3 15-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	7,56	47	35,84	0–14	11,34	47	53,49	0–14	–	47	77,62	0–14	5,67	47	27,02
15–19	7,55	48	36,66	15–19	11,32	48	54,74	15–19	18,87	48	79,53	15–19	5,66	48	27,64
20	22,46	49	37,51	20	33,42	49	55,99	20	49,18	49	81,51	20	16,98	49	28,27
21	22,85	50	38,38	21	33,99	50	57,30	21	49,97	50	83,58	21	17,27	50	28,92
22	23,23	51	39,27	22	34,58	51	58,64	22	50,77	51	85,73	22	17,57	51	29,59
23	23,64	52	40,21	23	35,19	52	60,03	23	51,61	52	87,97	23	17,86	52	30,28
24	24,04	53	41,15	24	35,78	53	61,46	24	52,43	53	90,32	24	18,16	53	31,00
25	24,43	54	42,13	25	36,38	54	62,93	25	53,23	54	92,77	25	18,46	54	31,74
26	24,81	55	43,13	26	36,94	55	64,43	26	54,00	55	95,30	26	18,74	55	32,48
27	25,17	56	44,17	27	37,49	56	65,98	27	54,72	56	97,98	27	19,02	56	33,26
28	25,52	57	45,23	28	38,02	57	67,58	28	55,42	57	100,76	28	19,28	57	34,07
29	25,87	58	46,33	29	38,53	58	69,22	29	56,10	58	103,72	29	19,54	58	34,88
30	26,21	59	47,44	30	39,05	59	70,90	30	56,76	59	106,80	30	19,80	59	35,73
31	26,57	60	44,17	31	39,57	60	66,01	31	57,44	60	103,78	31	20,05	60	33,25
32	26,93	61	45,21	32	40,12	61	67,56	32	58,16	61	106,91	32	20,33	61	34,03
33	27,31	62	46,28	33	40,70	62	69,18	33	58,94	62	110,26	33	20,63	62	34,84
34	27,74	63	47,39	34	41,34	63	70,84	34	59,79	63	113,88	34	20,94	63	35,67
35	28,20	64	48,52	35	42,03	64	72,54	35	60,76	64	117,76	35	21,29	64	36,52
36	28,69	65	48,46	36	42,77	65	72,45	36	61,79	65	–	36	21,66	65	36,47
37	29,21	66	49,71	37	43,54	66	74,33	37	62,87	66	–	37	22,04	66	37,41
38	29,73	67	51,04	38	44,33	67	76,32	38	63,98	67	–	38	22,44	67	38,40
39	30,28	68	52,42	39	45,14	68	78,39	39	65,15	68	–	39	22,85	68	39,44
40	30,86	69	53,79	40	46,01	69	80,44	40	66,39	69	–	40	23,28	69	40,46
41	31,46	70	55,14	41	46,93	70	82,47	41	67,71	70	–	41	23,74	70	41,48
42	32,12	71	56,53	42	47,91	71	84,55	42	69,15	71	–	42	24,22	71	42,52
43	32,81	72	57,49	43	48,95	72	86,00	43	70,72	72	–	43	24,75	72	43,24
44	33,54	73	58,31	44	50,04	73	87,23	44	72,36	73	–	44	25,29	73	43,86
45	34,29	74	59,03	45	51,16	74	88,31	45	74,04	74	–	45	25,85	74	44,39
46	35,05	75	59,57	46	52,31	75	89,12	46	75,79	75	–	46	26,42	75	44,80

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

B3 20-UA **B3 30-UA** **B3 50-UA** **B3 15-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	6,78	7,25	8,20	5,08
20	5,19	6,79	10,00	3,89
21	5,19	6,79	10,00	3,89
22	5,19	6,79	10,00	3,89
23	5,19	6,79	10,00	3,89
24	5,19	6,79	10,00	3,89
25	5,19	6,79	10,00	3,89
26	5,19	6,79	10,00	3,89
27	5,19	6,79	10,00	3,89
28	5,19	6,79	10,00	3,89
29	5,19	6,79	10,00	3,89
30	5,19	6,79	10,00	3,89
31	5,19	6,79	10,00	3,89
32	5,19	6,79	10,00	3,89
33	5,19	6,79	10,00	3,89
34	5,19	6,79	10,00	3,89

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Top-Schutz: Tarifgruppe B3-U

B3 25-U **B3 35-U** **B3 40-U** **B3 45-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	9,45	47	44,67	0–14	13,23	47	62,32	0–14	15,12	47	71,14	0–14	17,01	47	79,96
15–19	9,43	48	45,71	15–19	13,21	48	63,76	15–19	15,09	48	72,79	15–19	16,98	48	81,82
20	27,94	49	46,75	20	38,89	49	65,23	20	44,36	49	74,47	20	49,84	49	83,71
21	28,41	50	47,84	21	39,57	50	66,76	21	45,14	50	76,22	21	50,71	50	85,67
22	28,91	51	48,96	22	40,25	51	68,32	22	45,93	51	78,00	22	51,59	51	87,68
23	29,41	52	50,12	23	40,95	52	69,94	23	46,73	52	79,85	23	52,50	52	89,77
24	29,91	53	51,30	24	41,66	53	71,61	24	47,53	53	81,76	24	53,41	53	91,92
25	30,40	54	52,53	25	42,34	54	73,32	25	48,31	54	83,71	25	54,29	54	94,11
26	30,88	55	53,78	26	43,00	55	75,08	26	49,07	55	85,72	26	55,13	55	96,37
27	31,33	56	55,08	27	43,65	56	76,89	27	49,80	56	87,79	27	55,96	56	98,69
28	31,77	57	56,41	28	44,25	57	78,75	28	50,50	57	89,93	28	56,75	57	101,09
29	32,20	58	57,78	29	44,86	58	80,66	29	51,19	58	92,11	29	57,52	58	103,55
30	32,63	59	59,18	30	45,46	59	82,62	30	51,88	59	94,35	30	58,29	59	106,07
31	33,07	60	55,09	31	46,07	60	76,92	31	52,58	60	87,84	31	59,08	60	98,76
32	33,53	61	56,39	32	46,72	61	78,74	32	53,32	61	89,92	32	59,91	61	101,09
33	34,01	62	57,73	33	47,39	62	80,62	33	54,09	62	92,07	33	60,78	62	103,51
34	34,54	63	59,12	34	48,14	63	82,56	34	54,93	63	94,28	34	61,73	63	106,01
35	35,12	64	60,53	35	48,95	64	84,54	35	55,87	64	96,54	35	62,78	64	108,55
36	35,73	65	60,46	36	49,81	65	84,44	36	56,85	65	96,44	36	63,88	65	108,43
37	36,37	66	62,02	37	50,70	66	86,63	37	57,86	66	98,94	37	65,03	66	111,24
38	37,04	67	63,68	38	51,62	67	88,95	38	58,93	67	101,59	38	66,22	67	114,23
39	37,72	68	65,41	39	52,58	68	91,37	39	60,02	68	104,35	39	67,45	68	117,33
40	38,43	69	67,12	40	53,58	69	93,76	40	61,16	69	107,08	40	68,74	69	120,41
41	39,19	70	68,81	41	54,65	70	96,13	41	62,38	70	109,79	41	70,11	70	123,46
42	40,01	71	70,54	42	55,79	71	98,55	42	63,69	71	112,56	42	71,58	71	126,57
43	40,89	72	71,75	43	57,02	72	100,24	43	65,09	72	114,49	43	73,16	72	128,74
44	41,79	73	72,77	44	58,28	73	101,68	44	66,53	73	116,14	44	74,78	73	130,59
45	42,72	74	73,67	45	59,59	74	102,94	45	68,02	74	117,57	45	76,46	74	132,21
46	43,68	75	74,35	46	60,93	75	103,89	46	69,55	75	118,66	46	78,18	75	133,44

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

B3 25-UA **B3 35-UA** **B3 40-UA** **B3 45-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	7,02	7,49	7,73	7,96
20	5,99	7,59	8,40	9,20
21	5,99	7,59	8,40	9,20
22	5,99	7,59	8,40	9,20
23	5,99	7,59	8,40	9,20
24	5,99	7,59	8,40	9,20
25	5,99	7,59	8,40	9,20
26	5,99	7,59	8,40	9,20
27	5,99	7,59	8,40	9,20
28	5,99	7,59	8,40	9,20
29	5,99	7,59	8,40	9,20
30	5,99	7,59	8,40	9,20
31	5,99	7,59	8,40	9,20
32	5,99	7,59	8,40	9,20
33	5,99	7,59	8,40	9,20
34	5,99	7,59	8,40	9,20

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Top-Schutz: Tarifgruppe B3-U

B3 50-U **B3 55-U** **B3 60-U** **B3 65-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	18,90	47	88,79	0–14	20,80	47	97,61	0–14	22,69	47	106,44	0–14	24,58	47	115,26
15–19	18,87	48	90,85	15–19	20,75	48	99,88	15–19	22,64	48	108,91	15–19	24,53	48	117,94
20	55,32	49	92,95	20	60,80	49	102,19	20	66,28	49	111,43	20	71,75	49	120,67
21	56,29	50	95,13	21	61,86	50	104,59	21	67,43	50	114,05	21	73,01	50	123,51
22	57,27	51	97,37	22	62,94	51	107,05	22	68,61	51	116,73	22	74,28	51	126,41
23	58,28	52	99,68	23	64,05	52	109,59	23	69,83	52	119,50	23	75,59	52	129,42
24	59,28	53	102,06	24	65,15	53	112,21	24	71,03	53	122,36	24	76,90	53	132,52
25	60,26	54	104,51	25	66,22	54	114,91	25	72,19	54	125,30	25	78,17	54	135,70
26	61,20	55	107,02	26	67,27	55	117,66	26	73,33	55	128,30	26	79,40	55	138,95
27	62,12	56	109,60	27	68,27	56	120,51	27	74,43	56	131,41	27	80,59	56	142,32
28	63,00	57	112,27	28	69,23	57	123,44	28	75,48	57	134,61	28	81,73	57	145,78
29	63,86	58	115,01	29	70,18	58	126,45	29	76,52	58	137,89	29	82,85	58	149,34
30	64,71	59	117,80	30	71,13	59	129,51	30	77,54	59	141,24	30	83,96	59	152,97
31	65,58	60	109,67	31	72,08	60	120,59	31	78,60	60	131,51	31	85,10	60	142,42
32	66,51	61	112,27	32	73,10	61	123,44	32	79,70	61	134,62	32	86,30	61	145,80
33	67,47	62	114,96	33	74,16	62	126,40	33	80,85	62	137,84	33	87,55	62	149,29
34	68,54	63	117,73	34	75,34	63	129,45	34	82,14	63	141,17	34	88,94	63	152,90
35	69,70	64	120,55	35	76,60	64	132,56	35	83,52	64	144,56	35	90,44	64	156,57
36	70,92	65	120,42	36	77,96	65	132,41	36	84,99	65	144,41	36	92,03	65	156,40
37	72,19	66	123,55	37	79,35	66	135,85	37	86,52	66	148,15	37	93,69	66	160,46
38	73,51	67	126,87	38	80,82	67	139,50	38	88,11	67	152,14	38	95,40	67	164,78
39	74,88	68	130,31	39	82,31	68	143,29	39	89,75	68	156,27	39	97,19	68	169,25
40	76,32	69	133,73	40	83,90	69	147,05	40	91,48	69	160,37	40	99,04	69	173,70
41	77,85	70	137,12	41	85,57	70	150,78	41	93,30	70	164,44	41	101,04	70	178,10
42	79,48	71	140,57	42	87,36	71	154,58	42	95,26	71	168,59	42	103,15	71	182,59
43	81,22	72	142,99	43	89,29	72	157,24	43	97,36	72	171,49	43	105,42	72	185,74
44	83,03	73	145,05	44	91,28	73	159,50	44	99,52	73	173,96	44	107,77	73	188,42
45	84,90	74	146,85	45	93,32	74	161,48	45	101,76	74	176,12	45	110,20	74	190,75
46	86,80	75	148,21	46	95,43	75	162,98	46	104,05	75	177,75	46	112,68	75	192,53

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

B3 50-UA **B3 55-UA** **B3 60-UA** **B3 65-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	8,20	9,02	9,84	10,66
20	10,00	11,00	12,00	13,00
21	10,00	11,00	12,00	13,00
22	10,00	11,00	12,00	13,00
23	10,00	11,00	12,00	13,00
24	10,00	11,00	12,00	13,00
25	10,00	11,00	12,00	13,00
26	10,00	11,00	12,00	13,00
27	10,00	11,00	12,00	13,00
28	10,00	11,00	12,00	13,00
29	10,00	11,00	12,00	13,00
30	10,00	11,00	12,00	13,00
31	10,00	11,00	12,00	13,00
32	10,00	11,00	12,00	13,00
33	10,00	11,00	12,00	13,00
34	10,00	11,00	12,00	13,00

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Top-Schutz: Tarifgruppe B3-U

B3 70-U
(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

	10%**		
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	26,47	47	124,08
15–19	26,41	48	126,97
20	77,23	49	129,91
21	78,58	50	132,96
22	79,96	51	136,09
23	81,37	52	139,33
24	82,78	53	142,67
25	84,14	54	146,09
26	85,46	55	149,60
27	86,74	56	153,22
28	87,97	57	156,95
29	89,18	58	160,78
30	90,38	59	164,69
31	91,60	60	153,34
32	92,88	61	156,97
33	94,24	62	160,73
34	95,73	63	164,62
35	97,35	64	168,57
36	99,07	65	168,39
37	100,85	66	172,76
38	102,71	67	177,41
39	104,61	68	182,24
40	106,62	69	187,02
41	108,76	70	191,76
42	111,05	71	196,60
43	113,50	72	199,99
44	116,02	73	202,87
45	118,64	74	205,39
46	121,31	75	207,30

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

B3 70-UA
(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**
16–19	11,48
20	14,00
21	14,00
22	14,00
23	14,00
24	14,00
25	14,00
26	14,00
27	14,00
28	14,00
29	14,00
30	14,00
31	14,00
32	14,00
33	14,00
34	14,00

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Top-Schutz: Tarifgruppe BZ-U

BZ 20-U **BZ 30-U** **BZ 50-U** **BZ 15-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	12,04	47	18,30	0–14	18,06	47	27,46	0–14	30,09	47	45,76	0–14	9,03	47	13,73
15–19	9,43	48	18,44	15–19	14,14	48	27,67	15–19	23,57	48	46,10	15–19	7,07	48	13,83
20	14,14	49	18,49	20	21,21	49	27,74	20	35,34	49	46,23	20	10,60	49	13,87
21	14,30	50	18,61	21	21,46	50	27,92	21	35,76	50	46,54	21	10,73	50	13,96
22	14,48	51	18,73	22	21,71	51	28,11	22	36,19	51	46,84	22	10,86	51	14,05
23	14,65	52	18,84	23	21,98	52	28,27	23	36,63	52	47,12	23	10,99	52	14,14
24	14,83	53	18,96	24	22,23	53	28,44	24	37,06	53	47,40	24	11,12	53	14,22
25	14,99	54	18,98	25	22,48	54	28,47	25	37,48	54	47,44	25	11,24	54	14,23
26	15,16	55	19,07	26	22,73	55	28,61	26	37,88	55	47,70	26	11,36	55	14,31
27	15,31	56	19,16	27	22,97	56	28,74	27	38,28	56	47,91	27	11,48	56	14,37
28	15,41	57	19,24	28	23,11	57	28,86	28	38,52	57	48,10	28	11,55	57	14,43
29	15,57	58	19,23	29	23,34	58	28,84	29	38,91	58	48,06	29	11,67	58	14,42
30	15,72	59	19,31	30	23,57	59	28,95	30	39,29	59	48,26	30	11,78	59	14,48
31	15,87	60	17,62	31	23,80	60	26,44	31	39,68	60	44,06	31	11,90	60	13,22
32	16,03	61	17,61	32	24,05	61	26,42	32	40,07	61	44,03	32	12,02	61	13,21
33	16,19	62	17,68	33	24,29	62	26,52	33	40,48	62	44,21	33	12,14	62	13,26
34	16,36	63	17,71	34	24,54	63	26,57	34	40,90	63	44,28	34	12,27	63	13,28
35	16,52	64	17,76	35	24,78	64	26,65	35	41,32	64	44,41	35	12,40	64	13,32
36	16,63	65	17,33	36	24,95	65	26,00	36	41,58	65	43,33	36	12,47	65	13,00
37	16,80	66	17,36	37	25,20	66	26,04	37	42,00	66	43,40	37	12,60	66	13,02
38	16,96	67	17,37	38	25,44	67	26,06	38	42,42	67	43,43	38	12,73	67	13,03
39	17,13	68	17,34	39	25,69	68	26,02	39	42,81	68	43,36	39	12,85	68	13,01
40	17,28	69	17,34	40	25,93	69	26,02	40	43,21	69	43,36	40	12,96	69	13,01
41	17,45	70	17,25	41	26,17	70	25,88	41	43,62	70	43,13	41	13,08	70	12,94
42	17,60	71	17,25	42	26,41	71	25,88	42	44,01	71	43,13	42	13,20	71	12,94
43	17,70	72	17,22	43	26,54	72	25,84	43	44,24	72	43,06	43	13,28	72	12,92
44	17,85	73	16,94	44	26,79	73	25,42	44	44,64	73	42,37	44	13,39	73	12,71
45	18,01	74	16,64	45	27,02	74	24,96	45	45,02	74	41,60	45	13,51	74	12,48
46	18,16	75	16,30	46	27,24	75	24,45	46	45,40	75	40,75	46	13,62	75	12,23

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BZ 20-UA **BZ 30-UA** **BZ 50-UA** **BZ 15-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	8,47	10,20	13,66	6,35
20	6,18	8,84	14,74	4,63
21	6,18	8,84	14,74	4,63
22	6,18	8,84	14,74	4,63
23	6,40	8,98	14,97	4,80
24	6,62	9,11	15,19	4,96
25	6,83	9,25	15,42	5,12
26	7,05	9,39	15,65	5,29
27	7,27	9,52	15,87	5,45
28	7,27	10,06	16,77	5,45
29	7,27	10,60	17,67	5,45
30	7,27	11,14	18,57	5,45
31	7,27	11,68	19,47	5,45
32	7,27	12,22	20,37	5,45
33	7,27	12,22	20,37	5,45
34	7,27	12,22	20,37	5,45

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Top-Schutz: Tarifgruppe BZ-U

BZ 25-U **BZ 35-U** **BZ 40-U** **BZ 45-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	15,05	47	22,88	0–14	21,06	47	32,03	0–14	24,07	47	36,61	0–14	27,08	47	41,18
15–19	11,79	48	23,06	15–19	16,50	48	32,27	15–19	18,86	48	36,88	15–19	21,22	48	41,49
20	17,67	49	23,11	20	24,74	49	32,36	20	28,27	49	36,98	20	31,81	49	41,61
21	17,89	50	23,27	21	25,04	50	32,58	21	28,61	50	37,24	21	32,19	50	41,89
22	18,10	51	23,42	22	25,33	51	32,78	22	28,95	51	37,47	22	32,57	51	42,15
23	18,32	52	23,56	23	25,64	52	32,98	23	29,30	52	37,70	23	32,97	52	42,41
24	18,52	53	23,69	24	25,94	53	33,18	24	29,65	53	37,92	24	33,35	53	42,66
25	18,73	54	23,73	25	26,24	54	33,21	25	29,98	54	37,96	25	33,73	54	42,70
26	18,94	55	23,85	26	26,52	55	33,39	26	30,31	55	38,16	26	34,09	55	42,92
27	19,14	56	23,96	27	26,80	56	33,53	27	30,62	56	38,32	27	34,45	56	43,11
28	19,26	57	24,06	28	26,96	57	33,67	28	30,81	57	38,49	28	34,66	57	43,30
29	19,45	58	24,04	29	27,24	58	33,65	29	31,12	58	38,45	29	35,01	58	43,25
30	19,65	59	24,13	30	27,50	59	33,78	30	31,43	59	38,61	30	35,35	59	43,44
31	19,84	60	22,03	31	27,78	60	30,84	31	31,75	60	35,25	31	35,71	60	39,65
32	20,04	61	22,01	32	28,05	61	30,82	32	32,07	61	35,22	32	36,07	61	39,62
33	20,24	62	22,10	33	28,34	62	30,94	33	32,38	62	35,37	33	36,43	62	39,79
34	20,45	63	22,14	34	28,62	63	30,99	34	32,71	63	35,42	34	36,81	63	39,85
35	20,66	64	22,21	35	28,92	64	31,09	35	33,06	64	35,53	35	37,18	64	39,97
36	20,79	65	21,67	36	29,11	65	30,33	36	33,26	65	34,67	36	37,42	65	39,00
37	21,00	66	21,70	37	29,39	66	30,38	37	33,59	66	34,72	37	37,80	66	39,06
38	21,21	67	21,71	38	29,69	67	30,40	38	33,92	67	34,74	38	38,17	67	39,08
39	21,41	68	21,67	39	29,96	68	30,35	39	34,24	68	34,68	39	38,53	68	39,02
40	21,60	69	21,67	40	30,25	69	30,35	40	34,57	69	34,68	40	38,90	69	39,02
41	21,80	70	21,56	41	30,53	70	30,19	41	34,89	70	34,50	41	39,25	70	38,81
42	22,01	71	21,56	42	30,81	71	30,19	42	35,21	71	34,50	42	39,61	71	38,81
43	22,12	72	21,52	43	30,97	72	30,14	43	35,40	72	34,44	43	39,82	72	38,74
44	22,32	73	21,18	44	31,25	73	29,65	44	35,71	73	33,89	44	40,17	73	38,12
45	22,52	74	20,80	45	31,52	74	29,12	45	36,01	74	33,28	45	40,52	74	37,44
46	22,69	75	20,37	46	31,78	75	28,53	46	36,31	75	32,60	46	40,85	75	36,67

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BZ 25-UA **BZ 35-UA** **BZ 40-UA** **BZ 45-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	9,34	11,07	11,93	12,80
20	7,37	10,32	11,79	13,27
21	7,37	10,32	11,79	13,27
22	7,37	10,32	11,79	13,27
23	7,48	10,48	11,97	13,47
24	7,60	10,64	12,15	13,67
25	7,71	10,79	12,33	13,88
26	7,82	10,95	12,52	14,08
27	7,94	11,11	12,70	14,29
28	8,39	11,74	13,42	15,10
29	8,84	12,37	14,14	15,91
30	9,29	13,00	14,86	16,72
31	9,74	13,63	15,58	17,53
32	10,19	14,26	16,30	18,34
33	10,19	14,26	16,30	18,34
34	10,19	14,26	16,30	18,34

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Top-Schutz: Tarifgruppe BZ-U

BZ 55-U **BZ 60-U** **BZ 65-U** **BZ 70-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	33,10	47	50,34	0–14	36,11	47	54,91	0–14	39,12	47	59,49	0–14	42,13	47	64,06
15–19	25,93	48	50,71	15–19	28,29	48	55,32	15–19	30,65	48	59,94	15–19	33,00	48	64,55
20	38,87	49	50,85	20	42,41	49	55,47	20	45,95	49	60,10	20	49,48	49	64,72
21	39,34	50	51,19	21	42,91	50	55,85	21	46,50	50	60,50	21	50,07	50	65,15
22	39,81	51	51,51	22	43,43	51	56,20	22	47,05	51	60,89	22	50,67	51	65,57
23	40,29	52	51,83	23	43,96	52	56,54	23	47,62	52	61,26	23	51,28	52	65,97
24	40,77	53	52,14	24	44,47	53	56,88	24	48,18	53	61,61	24	51,89	53	66,35
25	41,22	54	52,20	25	44,97	54	56,94	25	48,72	54	61,68	25	52,46	54	66,43
26	41,67	55	52,46	26	45,46	55	57,23	26	49,25	55	62,00	26	53,03	55	66,77
27	42,11	56	52,69	27	45,94	56	57,49	27	49,75	56	62,27	27	53,58	56	67,07
28	42,37	57	52,92	28	46,22	57	57,73	28	50,07	57	62,54	28	53,92	57	67,35
29	42,79	58	52,87	29	46,68	58	57,67	29	50,58	58	62,48	29	54,47	58	67,29
30	43,22	59	53,09	30	47,15	59	57,92	30	51,07	59	62,74	30	55,00	59	67,56
31	43,65	60	48,46	31	47,61	60	52,87	31	51,58	60	57,28	31	55,55	60	61,68
32	44,09	61	48,43	32	48,09	61	52,83	32	52,10	61	57,23	32	56,11	61	61,64
33	44,53	62	48,63	33	48,58	62	53,05	33	52,62	62	57,47	33	56,67	62	61,89
34	44,98	63	48,70	34	49,07	63	53,13	34	53,16	63	57,56	34	57,26	63	61,99
35	45,44	64	48,85	35	49,58	64	53,29	35	53,70	64	57,73	35	57,84	64	62,18
36	45,74	65	47,67	36	49,90	65	52,00	36	54,05	65	56,33	36	58,21	65	60,67
37	46,20	66	47,74	37	50,39	66	52,08	37	54,59	66	56,41	37	58,80	66	60,76
38	46,65	67	47,77	38	50,90	67	52,11	38	55,13	67	56,45	38	59,38	67	60,80
39	47,09	68	47,69	39	51,37	68	52,02	39	55,65	68	56,36	39	59,94	68	60,70
40	47,53	69	47,69	40	51,85	69	52,02	40	56,18	69	56,36	40	60,50	69	60,70
41	47,97	70	47,44	41	52,33	70	51,75	41	56,69	70	56,06	41	61,05	70	60,38
42	48,41	71	47,44	42	52,81	71	51,75	42	57,22	71	56,07	42	61,62	71	60,38
43	48,66	72	47,36	43	53,09	72	51,66	43	57,52	72	55,96	43	61,94	72	60,28
44	49,10	73	46,60	44	53,57	73	50,83	44	58,03	73	55,08	44	62,49	73	59,31
45	49,52	74	45,76	45	54,03	74	49,92	45	58,53	74	54,09	45	63,03	74	58,24
46	49,93	75	44,83	46	54,47	75	48,90	46	59,02	75	52,97	46	63,56	75	57,05

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BZ 55-UA **BZ 60-UA** **BZ 65-UA** **BZ 70-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	15,03	16,39	17,76	19,12
20	16,21	17,69	19,16	20,64
21	16,21	17,69	19,16	20,64
22	16,21	17,69	19,16	20,64
23	16,46	17,96	19,46	20,95
24	16,71	18,23	19,75	21,27
25	16,96	18,50	20,04	21,59
26	17,21	18,78	20,34	21,91
27	17,46	19,05	20,63	22,22
28	18,45	20,13	21,80	23,48
29	19,44	21,21	22,97	24,74
30	20,43	22,29	24,14	26,00
31	21,42	23,37	25,31	27,26
32	22,41	24,45	26,48	28,52
33	22,41	24,45	26,48	28,52
34	22,41	24,45	26,48	28,52

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zum Top-Schutz

BN1/1 20-U **BN1/1 30-U** **BN1/1 50-U** **BN1/1 15-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	3,10	47	16,38	0–14	2,87	47	14,67	0–14	2,43	47	11,24	0–14	3,21	47	17,24
15–19	3,17	48	16,54	15–19	2,81	48	14,82	15–19	2,10	48	11,36	15–19	3,34	48	17,41
20	10,10	49	16,70	20	9,03	49	14,96	20	6,90	49	11,46	20	10,64	49	17,57
21	10,32	50	16,84	21	9,22	50	15,08	21	7,04	50	11,56	21	10,86	50	17,72
22	10,53	51	16,97	22	9,42	51	15,20	22	7,19	51	11,65	22	11,09	51	17,86
23	10,75	52	17,02	23	9,61	52	15,24	23	7,35	52	11,68	23	11,32	52	17,91
24	10,98	53	17,05	24	9,81	53	15,27	24	7,50	53	11,70	24	11,55	53	17,93
25	11,20	54	17,07	25	10,02	54	15,28	25	7,66	54	11,72	25	11,79	54	17,96
26	11,43	55	17,08	26	10,22	55	15,29	26	7,82	55	11,72	26	12,02	55	17,97
27	11,66	56	17,08	27	10,43	56	15,30	27	7,98	56	11,72	27	12,27	56	17,97
28	11,88	57	17,11	28	10,64	57	15,32	28	8,14	57	11,74	28	12,51	57	18,01
29	12,11	58	17,13	29	10,85	58	15,33	29	8,29	58	11,75	29	12,75	58	18,03
30	12,35	59	17,15	30	11,06	59	15,35	30	8,46	59	11,75	30	12,99	59	18,04
31	12,58	60	15,60	31	11,26	60	13,96	31	8,62	60	10,69	31	13,24	60	16,41
32	12,83	61	15,60	32	11,47	61	13,96	32	8,79	61	10,69	32	13,50	61	16,42
33	13,07	62	15,61	33	11,69	62	13,97	33	8,95	62	10,69	33	13,75	62	16,43
34	13,32	63	15,62	34	11,92	63	13,97	34	9,13	63	10,69	34	14,01	63	16,43
35	13,56	64	15,62	35	12,14	64	13,98	35	9,30	64	10,70	35	14,28	64	16,44
36	13,82	65	15,23	36	12,36	65	13,63	36	9,47	65	10,42	36	14,54	65	16,03
37	14,07	66	15,25	37	12,60	66	13,64	37	9,65	66	10,44	37	14,81	66	16,05
38	14,32	67	15,26	38	12,83	67	13,66	38	9,82	67	10,45	38	15,07	67	16,06
39	14,58	68	15,27	39	13,05	68	13,67	39	10,00	68	10,45	39	15,33	68	16,07
40	14,83	69	15,28	40	13,27	69	13,67	40	10,16	69	10,46	40	15,60	69	16,08
41	15,07	70	15,29	41	13,49	70	13,68	41	10,33	70	10,46	41	15,85	70	16,09
42	15,31	71	15,30	42	13,71	71	13,69	42	10,51	71	10,47	42	16,10	71	16,10
43	15,55	72	15,30	43	13,93	72	13,69	43	10,67	72	10,47	43	16,37	72	16,10
44	15,79	73	15,30	44	14,14	73	13,69	44	10,82	73	10,47	44	16,61	73	16,10
45	15,99	74	15,30	45	14,32	74	13,69	45	10,98	74	10,47	45	16,83	74	16,10
46	16,20	75	15,30	46	14,50	75	13,69	46	11,11	75	10,47	46	17,04	75	16,10

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BN1/1 20-UA **BN1/1 30-UA** **BN1/1 50-UA** **BN1/1 15-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	2,84	2,31	1,65	3,00
20	3,44	2,62	1,90	3,65
21	3,44	2,62	1,90	3,65
22	3,44	2,62	1,90	3,65
23	3,45	2,66	1,93	3,66
24	3,46	2,71	1,96	3,67
25	3,48	2,76	2,00	3,69
26	3,49	2,80	2,03	3,70
27	3,50	2,85	2,06	3,72
28	3,63	2,92	2,11	3,85
29	3,76	2,98	2,16	3,99
30	3,88	3,05	2,20	4,12
31	4,01	3,11	2,25	4,26
32	4,14	3,18	2,30	4,39
33	4,14	3,18	2,30	4,39
34	4,14	3,18	2,30	4,39

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zum Top-Schutz

BN1/1 25-U **BN1/1 35-U** **BN1/1 40-U** **BN1/1 45-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	2,98	47	15,53	0–14	2,76	47	13,82	0–14	2,65	47	12,96	0–14	2,54	47	12,10
15–19	2,99	48	15,69	15–19	2,63	48	13,96	15–19	2,45	48	13,09	15–19	2,27	48	12,22
20	9,57	49	15,83	20	8,50	49	14,08	20	7,96	49	13,21	20	7,43	49	12,34
21	9,77	50	15,96	21	8,68	50	14,20	21	8,13	50	13,32	21	7,59	50	12,44
22	9,98	51	16,09	22	8,87	51	14,31	22	8,31	51	13,43	22	7,74	51	12,54
23	10,19	52	16,13	23	9,05	52	14,36	23	8,48	52	13,46	23	7,91	52	12,57
24	10,40	53	16,16	24	9,24	53	14,38	24	8,66	53	13,48	24	8,09	53	12,60
25	10,62	54	16,18	25	9,43	54	14,39	25	8,84	54	13,50	25	8,25	54	12,61
26	10,82	55	16,19	26	9,63	55	14,40	26	9,02	55	13,51	26	8,42	55	12,62
27	11,04	56	16,19	27	9,81	56	14,40	27	9,20	56	13,51	27	8,59	56	12,62
28	11,26	57	16,21	28	10,01	57	14,42	28	9,38	57	13,53	28	8,76	57	12,63
29	11,48	58	16,24	29	10,21	58	14,44	29	9,57	58	13,54	29	8,93	58	12,64
30	11,70	59	16,25	30	10,41	59	14,45	30	9,76	59	13,55	30	9,11	59	12,65
31	11,92	60	14,78	31	10,60	60	13,14	31	9,94	60	12,32	31	9,28	60	11,51
32	12,16	61	14,78	32	10,80	61	13,14	32	10,13	61	12,32	32	9,46	61	11,51
33	12,39	62	14,79	33	11,01	62	13,15	33	10,33	62	12,33	33	9,64	62	11,51
34	12,62	63	14,80	34	11,22	63	13,16	34	10,53	63	12,33	34	9,82	63	11,51
35	12,86	64	14,80	35	11,43	64	13,16	35	10,73	64	12,34	35	10,01	64	11,52
36	13,09	65	14,43	36	11,65	65	12,83	36	10,92	65	12,02	36	10,20	65	11,23
37	13,33	66	14,45	37	11,86	66	12,84	37	11,12	66	12,04	37	10,38	66	11,24
38	13,57	67	14,46	38	12,08	67	12,86	38	11,32	67	12,05	38	10,57	67	11,25
39	13,82	68	14,47	39	12,29	68	12,86	39	11,52	68	12,06	39	10,76	68	11,26
40	14,05	69	14,48	40	12,50	69	12,87	40	11,72	69	12,07	40	10,95	69	11,26
41	14,28	70	14,49	41	12,71	70	12,88	41	11,91	70	12,07	41	11,12	70	11,27
42	14,51	71	14,49	42	12,90	71	12,88	42	12,10	71	12,08	42	11,31	71	11,27
43	14,74	72	14,49	43	13,11	72	12,88	43	12,30	72	12,08	43	11,48	72	11,27
44	14,96	73	14,49	44	13,31	73	12,88	44	12,47	73	12,08	44	11,65	73	11,27
45	15,16	74	14,49	45	13,49	74	12,89	45	12,65	74	12,08	45	11,81	74	11,27
46	15,36	75	14,49	46	13,66	75	12,88	46	12,80	75	12,08	46	11,96	75	11,27

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BN1/1 25-UA **BN1/1 35-UA** **BN1/1 40-UA** **BN1/1 45-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–20	2,48	2,15	1,98	1,82
20	2,80	2,44	2,26	2,08
21	2,80	2,44	2,26	2,08
22	2,80	2,44	2,26	2,08
23	2,85	2,48	2,30	2,11
24	2,89	2,52	2,34	2,15
25	2,95	2,57	2,38	2,19
26	3,00	2,61	2,42	2,22
27	3,05	2,65	2,46	2,26
28	3,12	2,71	2,51	2,31
29	3,19	2,78	2,57	2,36
30	3,26	2,84	2,63	2,42
31	3,33	2,90	2,68	2,47
32	3,40	2,96	2,74	2,52
33	3,40	2,96	2,74	2,52
34	3,40	2,96	2,74	2,52

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zum Top-Schutz

BN1/1 55-U **BN1/1 60-U** **BN1/1 65-U** **BN1/1 70-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	2,31	47	10,38	0–14	2,20	47	9,53	0–14	2,09	47	8,68	0–14	1,98	47	7,82
15–19	1,92	48	10,49	15–19	1,74	48	9,63	15–19	1,56	48	8,77	15–19	1,38	48	7,90
20	6,36	49	10,59	20	5,82	49	9,72	20	5,29	49	8,84	20	4,75	49	7,98
21	6,49	50	10,68	21	5,95	50	9,80	21	5,40	50	8,92	21	4,86	50	8,04
22	6,63	51	10,77	22	6,08	51	9,88	22	5,52	51	9,00	22	4,96	51	8,11
23	6,78	52	10,79	23	6,22	52	9,90	23	5,64	52	9,02	23	5,08	52	8,13
24	6,92	53	10,81	24	6,35	53	9,92	24	5,76	53	9,03	24	5,19	53	8,14
25	7,07	54	10,82	25	6,48	54	9,93	25	5,90	54	9,04	25	5,30	54	8,14
26	7,22	55	10,82	26	6,61	55	9,93	26	6,02	55	9,04	26	5,41	55	8,14
27	7,36	56	10,82	27	6,75	56	9,93	27	6,14	56	9,04	27	5,52	56	8,14
28	7,51	57	10,84	28	6,89	57	9,94	28	6,26	57	9,04	28	5,63	57	8,15
29	7,66	58	10,85	29	7,02	58	9,94	29	6,39	58	9,05	29	5,75	58	8,15
30	7,81	59	10,86	30	7,16	59	9,96	30	6,51	59	9,05	30	5,86	59	8,15
31	7,95	60	9,87	31	7,29	60	9,05	31	6,63	60	8,23	31	5,97	60	7,41
32	8,11	61	9,87	32	7,44	61	9,05	32	6,77	61	8,23	32	6,09	61	7,41
33	8,27	62	9,87	33	7,58	62	9,05	33	6,90	62	8,23	33	6,22	62	7,41
34	8,43	63	9,87	34	7,73	63	9,05	34	7,03	63	8,23	34	6,34	63	7,41
35	8,59	64	9,88	35	7,88	64	9,05	35	7,16	64	8,23	35	6,46	64	7,41
36	8,75	65	9,62	36	8,02	65	8,82	36	7,30	65	8,02	36	6,58	65	7,22
37	8,91	66	9,63	37	8,17	66	8,83	37	7,44	66	8,03	37	6,70	66	7,23
38	9,08	67	9,64	38	8,33	67	8,84	38	7,58	67	8,04	38	6,82	67	7,24
39	9,23	68	9,65	39	8,47	68	8,85	39	7,71	68	8,04	39	6,94	68	7,24
40	9,39	69	9,66	40	8,61	69	8,85	40	7,84	69	8,05	40	7,06	69	7,24
41	9,55	70	9,66	41	8,76	70	8,86	41	7,96	70	8,05	41	7,18	70	7,25
42	9,70	71	9,66	42	8,90	71	8,86	42	8,10	71	8,05	42	7,29	71	7,25
43	9,86	72	9,66	43	9,04	72	8,86	43	8,23	72	8,06	43	7,41	72	7,25
44	10,00	73	9,66	44	9,17	73	8,86	44	8,35	73	8,06	44	7,52	73	7,25
45	10,14	74	9,66	45	9,31	74	8,86	45	8,47	74	8,06	45	7,63	74	7,25
46	10,26	75	9,66	46	9,42	75	8,86	46	8,58	75	8,06	46	7,72	75	7,25

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BN1/1 55-UA **BN1/1 60-UA** **BN1/1 65-UA** **BN1/1 70-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	1,49	1,32	1,16	0,99
20	1,72	1,54	1,36	1,18
21	1,72	1,54	1,36	1,18
22	1,72	1,54	1,36	1,18
23	1,75	1,56	1,38	1,20
24	1,78	1,59	1,40	1,22
25	1,81	1,62	1,43	1,24
26	1,84	1,64	1,45	1,26
27	1,87	1,67	1,47	1,28
28	1,91	1,71	1,50	1,30
29	1,95	1,75	1,54	1,33
30	1,99	1,78	1,57	1,36
31	2,04	1,82	1,61	1,39
32	2,08	1,86	1,64	1,42
33	2,08	1,86	1,64	1,42
34	2,08	1,86	1,64	1,42

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zum Top-Schutz

BN1/2 20-U **BN1/2 30-U** **BN1/2 50-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	3,05	47	24,61	0–14	2,84	47	21,79	0–14	2,43	47	16,17
15–19	4,73	48	24,84	15–19	4,18	48	22,00	15–19	3,06	48	16,32
20	15,46	49	25,06	20	13,67	49	22,20	20	10,12	49	16,47
21	15,74	50	25,27	21	13,93	50	22,37	21	10,31	50	16,61
22	16,03	51	25,47	22	14,18	51	22,55	22	10,49	51	16,73
23	16,32	52	25,52	23	14,44	52	22,61	23	10,69	52	16,78
24	16,62	53	25,58	24	14,72	53	22,65	24	10,90	53	16,81
25	16,93	54	25,62	25	14,98	54	22,68	25	11,10	54	16,83
26	17,24	55	25,64	26	15,26	55	22,70	26	11,31	55	16,84
27	17,53	56	25,65	27	15,52	56	22,72	27	11,51	56	16,85
28	17,85	57	25,70	28	15,81	57	22,76	28	11,72	57	16,87
29	18,17	58	25,74	29	16,08	58	22,79	29	11,92	58	16,90
30	18,50	59	25,76	30	16,38	59	22,81	30	12,14	59	16,92
31	18,84	60	23,44	31	16,68	60	20,75	31	12,36	60	15,39
32	19,20	61	23,45	32	17,00	61	20,76	32	12,61	61	15,39
33	19,56	62	23,47	33	17,31	62	20,78	33	12,85	62	15,41
34	19,93	63	23,48	34	17,64	63	20,79	34	13,09	63	15,41
35	20,31	64	23,49	35	17,99	64	20,80	35	13,34	64	15,42
36	20,69	65	22,90	36	18,33	65	20,27	36	13,60	65	15,03
37	21,09	66	22,93	37	18,67	66	20,30	37	13,85	66	15,04
38	21,48	67	22,96	38	19,02	67	20,32	38	14,11	67	15,06
39	21,87	68	22,97	39	19,36	68	20,34	39	14,37	68	15,07
40	22,24	69	22,99	40	19,70	69	20,35	40	14,62	69	15,08
41	22,62	70	23,00	41	20,03	70	20,36	41	14,86	70	15,09
42	22,99	71	23,01	42	20,36	71	20,37	42	15,10	71	15,09
43	23,36	72	23,01	43	20,69	72	20,37	43	15,35	72	15,10
44	23,71	73	23,01	44	20,99	73	20,37	44	15,58	73	15,10
45	24,02	74	23,01	45	21,27	74	20,37	45	15,79	74	15,10
46	24,33	75	23,01	46	21,55	75	20,37	46	15,98	75	15,10

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BN1/2 20-UA **BN1/2 30-UA** **BN1/2 50-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	4,25	3,36	2,40
20	4,54	3,71	2,68
21	4,54	3,71	2,68
22	4,54	3,71	2,68
23	4,57	3,78	2,73
24	4,60	3,84	2,77
25	4,63	3,91	2,82
26	4,67	3,98	2,87
27	4,70	4,05	2,92
28	4,89	4,13	2,98
29	5,08	4,21	3,03
30	5,27	4,29	3,09
31	5,46	4,37	3,15
32	5,65	4,45	3,21
33	5,65	4,45	3,21
34	5,65	4,45	3,21

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zum Top-Schutz

BN2 20-U **BN2 30-U** **BN2 50-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	2,29	47	7,70	0–14	2,12	47	7,07	0–14	1,78	47	5,81
15–19	2,34	48	7,71	15–19	2,08	48	7,08	15–19	1,55	48	5,82
20	4,94	49	7,72	20	4,51	49	7,08	20	3,66	49	5,83
21	5,03	50	7,72	21	4,60	50	7,10	21	3,73	50	5,84
22	5,12	51	7,72	22	4,68	51	7,10	22	3,81	51	5,84
23	5,21	52	7,72	23	4,76	52	7,10	23	3,88	52	5,84
24	5,30	53	7,72	24	4,85	53	7,10	24	3,96	53	5,84
25	5,40	54	7,72	25	4,94	54	7,10	25	4,04	54	5,84
26	5,49	55	7,73	26	5,03	55	7,11	26	4,10	55	5,85
27	5,58	56	7,76	27	5,12	56	7,13	27	4,18	56	5,86
28	5,68	57	7,77	28	5,20	57	7,14	28	4,25	57	5,87
29	5,76	58	7,78	29	5,29	58	7,14	29	4,32	58	5,87
30	5,86	59	7,79	30	5,38	59	7,15	30	4,40	59	5,89
31	5,96	60	7,09	31	5,47	60	6,51	31	4,48	60	5,35
32	6,06	61	7,09	32	5,56	61	6,51	32	4,55	61	5,36
33	6,17	62	7,10	33	5,65	62	6,52	33	4,63	62	5,36
34	6,28	63	7,10	34	5,76	63	6,52	34	4,72	63	5,36
35	6,39	64	7,11	35	5,86	64	6,53	35	4,81	64	5,37
36	6,51	65	6,94	36	5,97	65	6,38	36	4,90	65	5,24
37	6,62	66	6,95	37	6,08	66	6,38	37	4,99	66	5,24
38	6,74	67	6,95	38	6,19	67	6,38	38	5,08	67	5,25
39	6,86	68	6,95	39	6,30	68	6,38	39	5,17	68	5,25
40	6,99	69	6,95	40	6,41	69	6,38	40	5,26	69	5,25
41	7,10	70	6,95	41	6,51	70	6,38	41	5,35	70	5,25
42	7,22	71	6,95	42	6,62	71	6,38	42	5,43	71	5,25
43	7,33	72	6,95	43	6,73	72	6,39	43	5,52	72	5,25
44	7,44	73	6,95	44	6,83	73	6,39	44	5,61	73	5,25
45	7,54	74	6,95	45	6,92	74	6,39	45	5,69	74	5,25
46	7,62	75	6,95	46	7,00	75	6,38	46	5,75	75	5,25

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BN2 20-UA **BN2 30-UA** **BN2 50-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–20	2,10	1,53	1,09
20	2,35	1,93	1,40
21	2,35	1,93	1,40
22	2,35	1,93	1,40
23	2,36	1,94	1,41
24	2,37	1,95	1,42
25	2,37	1,96	1,42
26	2,38	1,97	1,43
27	2,39	1,97	1,44
28	2,43	1,98	1,44
29	2,48	1,98	1,44
30	2,52	1,98	1,45
31	2,56	1,99	1,45
32	2,60	1,99	1,45
33	2,60	1,99	1,45
34	2,60	1,99	1,45

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zum Top-Schutz

BW2 20-U **BW2 30-U** **BW2 50T-U** **BW2 15-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				6%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	1,57	47	12,42	0–14	2,36	47	18,62	0–14	–	47	26,84	0–14	1,18	47	9,32
15–19	2,20	48	12,72	15–19	3,30	48	19,07	15–19	5,50	48	27,53	15–19	1,65	48	9,54
20	7,33	49	13,04	20	10,99	49	19,55	20	16,05	49	28,25	20	5,49	49	9,77
21	7,48	50	13,35	21	11,22	50	20,03	21	16,37	50	29,00	21	5,61	50	10,01
22	7,63	51	13,68	22	11,45	51	20,53	22	16,70	51	29,79	22	5,73	51	10,26
23	7,80	52	14,04	23	11,69	52	21,04	23	17,03	52	30,62	23	5,85	52	10,53
24	7,95	53	14,39	24	11,94	53	21,59	24	17,36	53	31,50	24	5,96	53	10,79
25	8,12	54	14,76	25	12,17	54	22,14	25	17,69	54	32,43	25	6,08	54	11,08
26	8,27	55	15,15	26	12,40	55	22,72	26	18,01	55	33,38	26	6,20	55	11,36
27	8,42	56	15,54	27	12,63	56	23,31	27	18,32	56	34,39	27	6,31	56	11,65
28	8,57	57	15,95	28	12,85	57	23,91	28	18,61	57	35,45	28	6,42	57	11,96
29	8,71	58	16,37	29	13,07	58	24,55	29	18,90	58	36,57	29	6,53	58	12,28
30	8,86	59	16,80	30	13,28	59	25,20	30	19,19	59	37,76	30	6,64	59	12,61
31	9,00	60	15,68	31	13,50	60	23,53	31	19,47	60	36,82	31	6,74	60	11,76
32	9,14	61	16,11	32	13,72	61	24,16	32	19,77	61	38,08	32	6,85	61	12,08
33	9,30	62	16,54	33	13,94	62	24,81	33	20,07	62	39,45	33	6,97	62	12,41
34	9,46	63	16,99	34	14,18	63	25,49	34	20,39	63	40,92	34	7,10	63	12,75
35	9,63	64	17,45	35	14,43	64	26,18	35	20,74	64	42,48	35	7,22	64	13,09
36	9,80	65	17,47	36	14,71	65	26,21	36	21,12	65	–	36	7,35	65	13,10
37	9,99	66	17,93	37	14,98	66	26,90	37	21,50	66	–	37	7,49	66	13,45
38	10,19	67	18,41	38	15,28	67	27,61	38	21,91	67	–	38	7,63	67	13,80
39	10,38	68	18,88	39	15,58	68	28,32	39	22,33	68	–	39	7,79	68	14,16
40	10,60	69	19,35	40	15,91	69	29,02	40	22,79	69	–	40	7,95	69	14,51
41	10,82	70	19,82	41	16,24	70	29,72	41	23,28	70	–	41	8,12	70	14,86
42	11,07	71	20,26	42	16,60	71	30,39	42	23,81	71	–	42	8,29	71	15,20
43	11,32	72	20,68	43	16,97	72	31,02	43	24,36	72	–	43	8,49	72	15,51
44	11,58	73	21,09	44	17,37	73	31,63	44	24,94	73	–	44	8,68	73	15,82
45	11,85	74	21,48	45	17,78	74	32,22	45	25,55	74	–	45	8,89	74	16,11
46	12,13	75	21,93	46	18,19	75	32,89	46	26,17	75	–	46	9,10	75	16,44

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BW2 20-UA **BW2 30-UA** **BW2 50-UA** **BW2 15-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–20	1,75	1,75	2,56	1,31
21	1,75	1,75	2,56	1,31
22	1,75	1,75	2,56	1,31
23	1,75	1,75	2,56	1,31
24	1,77	1,77	2,59	1,32
25	1,77	1,77	2,59	1,32
26	1,77	1,77	2,59	1,32
27	1,91	1,91	2,79	1,43
28	2,05	2,05	3,00	1,54
29	2,17	2,17	3,18	1,63
30	2,31	2,31	3,38	1,73
31	2,45	2,45	3,59	1,84
32	2,59	2,59	3,79	1,94
33	2,59	2,59	3,79	1,94
34	2,59	2,59	3,79	1,94

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zum Top-Schutz

BW2 25-U **BW2 35-U** **BW2 40-U** **BW2 45-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	1,97	47	15,52	0–14	2,76	47	21,74	0–14	3,15	47	24,84	0–14	3,54	47	27,94
15–19	2,75	48	15,90	15–19	3,85	48	22,26	15–19	4,40	48	25,44	15–19	4,95	48	28,62
20	9,15	49	16,29	20	12,82	49	22,80	20	14,65	49	26,06	20	16,48	49	29,32
21	9,35	50	16,69	21	13,09	50	23,36	21	14,96	50	26,70	21	16,83	50	30,04
22	9,55	51	17,11	22	13,37	51	23,95	22	15,27	51	27,37	22	17,18	51	30,79
23	9,75	52	17,53	23	13,64	52	24,55	23	15,59	52	28,06	23	17,55	52	31,57
24	9,94	53	18,00	24	13,93	53	25,19	24	15,92	53	28,79	24	17,90	53	32,38
25	10,14	54	18,46	25	14,20	54	25,84	25	16,23	54	29,52	25	18,25	54	33,22
26	10,33	55	18,93	26	14,47	55	26,51	26	16,53	55	30,29	26	18,60	55	34,08
27	10,53	56	19,43	27	14,73	56	27,19	27	16,84	56	31,08	27	18,94	56	34,96
28	10,70	57	19,93	28	14,99	57	27,91	28	17,13	57	31,89	28	19,27	57	35,87
29	10,89	58	20,46	29	15,25	58	28,64	29	17,42	58	32,74	29	19,60	58	36,83
30	11,07	59	21,00	30	15,49	59	29,40	30	17,71	59	33,61	30	19,92	59	37,81
31	11,24	60	19,61	31	15,74	60	27,45	31	18,00	60	31,37	31	20,24	60	35,29
32	11,43	61	20,13	32	16,01	61	28,19	32	18,28	61	32,21	32	20,57	61	36,24
33	11,62	62	20,68	33	16,27	62	28,95	33	18,59	62	33,08	33	20,91	62	37,22
34	11,81	63	21,24	34	16,54	63	29,74	34	18,91	63	33,99	34	21,27	63	38,24
35	12,03	64	21,82	35	16,84	64	30,54	35	19,25	64	34,90	35	21,66	64	39,27
36	12,25	65	21,84	36	17,16	65	30,58	36	19,60	65	34,94	36	22,06	65	39,31
37	12,49	66	22,42	37	17,48	66	31,38	37	19,98	66	35,86	37	22,47	66	40,35
38	12,73	67	23,01	38	17,82	67	32,21	38	20,36	67	36,81	38	22,91	67	41,41
39	12,98	68	23,60	39	18,17	68	33,04	39	20,77	68	37,76	39	23,36	68	42,48
40	13,26	69	24,19	40	18,55	69	33,86	40	21,20	69	38,70	40	23,85	69	43,53
41	13,53	70	24,77	41	18,94	70	34,68	41	21,65	70	39,63	41	24,35	70	44,59
42	13,83	71	25,33	42	19,36	71	35,46	42	22,13	71	40,52	42	24,89	71	45,59
43	14,15	72	25,85	43	19,81	72	36,19	43	22,64	72	41,36	43	25,47	72	46,52
44	14,48	73	26,36	44	20,26	73	36,90	44	23,16	73	42,17	44	26,05	73	47,45
45	14,81	74	26,85	45	20,74	74	37,59	45	23,69	74	42,96	45	26,66	74	48,33
46	15,16	75	27,41	46	21,23	75	38,37	46	24,26	75	43,85	46	27,29	75	49,33

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BW2 25-UA **BW2 35-UA** **BW2 40-UA** **BW2 45-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–20	1,75	1,79	2,05	2,31
21	1,75	1,79	2,05	2,31
22	1,75	1,79	2,05	2,31
23	1,75	1,79	2,05	2,31
24	1,77	1,81	2,07	2,33
25	1,77	1,81	2,07	2,33
26	1,77	1,81	2,07	2,33
27	1,91	1,95	2,23	2,51
28	2,05	2,10	2,40	2,70
29	2,17	2,22	2,54	2,86
30	2,31	2,37	2,71	3,04
31	2,45	2,51	2,87	3,23
32	2,59	2,65	3,03	3,41
33	2,59	2,65	3,03	3,41
34	2,59	2,65	3,03	3,41

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zum Top-Schutz

BW2 50-U **BW2 55-U** **BW2 60-U** **BW2 65-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	3,94	47	31,04	0–14	4,33	47	34,16	0–14	4,72	47	37,26	0–14	5,12	47	40,36
15–19	5,50	48	31,80	15–19	6,05	48	34,98	15–19	6,61	48	38,16	15–19	7,16	48	41,34
20	18,32	49	32,57	20	20,14	49	35,83	20	21,98	49	39,09	20	23,80	49	42,35
21	18,70	50	33,37	21	20,56	50	36,72	21	22,43	50	40,05	21	24,30	50	43,40
22	19,09	51	34,21	22	21,00	51	37,63	22	22,90	51	41,05	22	24,82	51	44,47
23	19,49	52	35,08	23	21,44	52	38,59	23	23,39	52	42,10	23	25,33	52	45,61
24	19,89	53	35,98	24	21,88	53	39,58	24	23,87	53	43,18	24	25,86	53	46,77
25	20,28	54	36,92	25	22,31	54	40,60	25	24,34	54	44,30	25	26,37	54	47,98
26	20,67	55	37,86	26	22,74	55	41,65	26	24,81	55	45,44	26	26,87	55	49,23
27	21,04	56	38,85	27	23,16	56	42,74	27	25,26	56	46,62	27	27,36	56	50,50
28	21,42	57	39,86	28	23,55	57	43,85	28	25,70	57	47,84	28	27,84	57	51,82
29	21,78	58	40,92	29	23,96	58	45,01	29	26,14	58	49,10	29	28,30	58	53,20
30	22,13	59	42,01	30	24,34	59	46,21	30	26,57	59	50,40	30	28,78	59	54,60
31	22,50	60	39,21	31	24,74	60	43,13	31	26,99	60	47,05	31	29,24	60	50,97
32	22,86	61	40,27	32	25,15	61	44,29	32	27,42	61	48,32	32	29,71	61	52,34
33	23,23	62	41,36	33	25,55	62	45,49	33	27,89	62	49,63	33	30,21	62	53,76
34	23,64	63	42,49	34	26,00	63	46,73	34	28,37	63	50,98	34	30,73	63	55,23
35	24,06	64	43,63	35	26,47	64	47,99	35	28,88	64	52,36	35	31,28	64	56,72
36	24,51	65	43,68	36	26,96	65	48,05	36	29,40	65	52,41	36	31,86	65	56,78
37	24,97	66	44,83	37	27,47	66	49,31	37	29,96	66	53,80	37	32,46	66	58,28
38	25,45	67	46,01	38	28,01	67	50,61	38	30,55	67	55,22	38	33,09	67	59,82
39	25,96	68	47,20	39	28,56	68	51,92	39	31,15	68	56,64	39	33,76	68	61,36
40	26,50	69	48,37	40	29,15	69	53,21	40	31,80	69	58,05	40	34,45	69	62,88
41	27,07	70	49,54	41	29,78	70	54,49	41	32,48	70	59,45	41	35,19	70	64,40
42	27,67	71	50,66	42	30,43	71	55,72	42	33,20	71	60,79	42	35,96	71	65,85
43	28,29	72	51,69	43	31,13	72	56,86	43	33,96	72	62,03	43	36,78	72	67,20
44	28,95	73	52,72	44	31,85	73	57,99	44	34,74	73	63,26	44	37,63	73	68,53
45	29,62	74	53,70	45	32,58	74	59,07	45	35,54	74	64,44	45	38,51	74	69,81
46	30,33	75	54,81	46	33,35	75	60,29	46	36,39	75	65,77	46	39,42	75	71,26

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BW2 50-UA **BW2 55-UA** **BW2 60-UA** **BW2 65-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–20	2,56	2,82	3,07	3,33
21	2,56	2,82	3,07	3,33
22	2,56	2,82	3,07	3,33
23	2,56	2,82	3,07	3,33
24	2,59	2,85	3,11	3,36
25	2,59	2,85	3,11	3,36
26	2,59	2,85	3,11	3,36
27	2,79	3,07	3,35	3,63
28	3,00	3,30	3,60	3,90
29	3,18	3,50	3,81	4,13
30	3,38	3,72	4,06	4,40
31	3,59	3,95	4,31	4,66
32	3,79	4,17	4,55	4,93
33	3,79	4,17	4,55	4,93
34	3,79	4,17	4,55	4,93

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zum Top-Schutz

BW2 70-U **BW2 00-U** **BWE-U**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

10%**				10%**				10%**			
Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	5,51	47	43,46	0–14	5,66	47	68,31	0–14	1,50	47	9,70
15–19	7,71	48	44,52	15–19	9,03	48	69,94	15–19	1,50	48	9,94
20	25,63	49	45,61	20	40,77	49	71,62	20	5,70	49	10,19
21	26,17	50	46,73	21	41,60	50	73,36	21	5,83	50	10,44
22	26,72	51	47,89	22	42,45	51	75,16	22	5,95	51	10,70
23	27,29	52	49,10	23	43,32	52	77,03	23	6,08	52	10,97
24	27,85	53	50,37	24	44,19	53	78,99	24	6,20	53	11,25
25	28,39	54	51,68	25	45,03	54	81,00	25	6,34	54	11,55
26	28,94	55	53,01	26	45,87	55	83,06	26	6,46	55	11,85
27	29,47	56	54,38	27	46,68	56	85,20	27	6,58	56	12,16
28	29,98	57	55,80	28	47,48	57	87,38	28	6,69	57	12,47
29	30,48	58	57,29	29	48,26	58	89,67	29	6,80	58	12,80
30	30,99	59	58,81	30	49,04	59	92,03	30	6,91	59	13,15
31	31,49	60	54,89	31	49,81	60	85,87	31	7,02	60	12,27
32	32,00	61	56,37	32	50,60	61	88,15	32	7,14	61	12,60
33	32,53	62	57,90	33	51,41	62	90,52	33	7,25	62	12,94
34	33,09	63	59,48	34	52,28	63	92,96	34	7,38	63	13,30
35	33,68	64	61,08	35	53,20	64	95,44	35	7,51	64	13,67
36	34,31	65	61,15	36	54,16	65	95,52	36	7,65	65	13,69
37	34,96	66	62,76	37	55,18	66	98,02	37	7,80	66	14,06
38	35,64	67	64,42	38	56,22	67	100,57	38	7,94	67	14,43
39	36,35	68	66,08	39	57,32	68	103,14	39	8,11	68	14,81
40	37,10	69	67,72	40	58,48	69	105,68	40	8,27	69	15,19
41	37,90	70	69,36	41	59,70	70	108,21	41	8,45	70	15,56
42	38,73	71	70,92	42	61,00	71	110,63	42	8,65	71	15,94
43	39,61	72	72,37	43	62,36	72	112,89	43	8,84	72	16,30
44	40,52	73	73,81	44	63,77	73	115,12	44	9,04	73	16,67
45	41,47	74	75,18	45	65,23	74	117,26	45	9,26	74	17,03
46	42,45	75	76,74	46	66,75	75	119,68	46	9,48	75	17,24

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10% bzw. 6%. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

BW2 70-UA **BW2 00-UA** **BWE-UA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–19	3,59	8,11	1,35
20	3,59	8,86	1,44
21	3,59	8,86	1,44
22	3,59	8,86	1,44
23	3,59	8,86	1,57
24	3,62	8,86	1,71
25	3,62	8,86	1,84
26	3,62	8,86	1,97
27	3,91	8,86	2,11
28	4,20	8,86	2,22
29	4,45	8,86	2,33
30	4,74	8,86	2,44
31	5,02	8,86	2,55
32	5,31	8,86	2,66
33	5,31	8,86	2,66
34	5,31	8,86	2,66

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Beitragsentlasung im Alter – ÖD

BEA-U

Alter*	mtl. Beitrag in EUR für garantierte mtl. Entlastung von je 10 EUR
20	1,71
21	1,77
22	1,83
23	1,90
24	1,97
25	2,05
26	2,13
27	2,21
28	2,30
29	2,39
30	2,49
31	2,60
32	2,71
33	2,83
34	2,95
35	3,08
36	3,23
37	3,38
38	3,54
39	3,71
40	3,90
41	4,10
42	4,31
43	4,54
44	4,79
45	5,06
46	5,35
47	5,66
48	6,01
49	6,38
50	6,80
51	7,25
52	7,75
53	8,31
54	8,93
55	9,63
56	10,42
57	11,33
58	12,38
59	13,60
60	15,05
61	16,79

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr.

Ergänzungstarife zur Heilfürsorge

BW2 20-UZ **BW2 30-UZ** **BW2 50T-UZ** **BW2 15-UZ**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	1,55	47	10,65	0–14	2,32	47	15,98	0–14	–	47	23,90	0–14	1,16	47	7,99
15–19	2,16	48	10,94	15–19	3,24	48	16,40	15–19	5,41	48	24,57	15–19	1,62	48	8,20
20	5,74	49	11,23	20	8,61	49	16,84	20	13,27	49	25,26	20	4,31	49	8,42
21	5,87	50	11,53	21	8,81	50	17,29	21	13,56	50	25,98	21	4,41	50	8,65
22	6,02	51	11,84	22	9,03	51	17,76	22	13,87	51	26,74	22	4,51	51	8,88
23	6,17	52	12,16	23	9,26	52	18,25	23	14,20	52	27,53	23	4,63	52	9,12
24	6,33	53	12,50	24	9,49	53	18,75	24	14,54	53	28,37	24	4,75	53	9,38
25	6,49	54	12,85	25	9,73	54	19,27	25	14,88	54	29,25	25	4,86	54	9,63
26	6,64	55	13,20	26	9,96	55	19,80	26	15,21	55	30,16	26	4,98	55	9,90
27	6,79	56	13,56	27	10,19	56	20,35	27	15,53	56	31,11	27	5,10	56	10,17
28	6,94	57	13,94	28	10,42	57	20,91	28	15,84	57	32,12	28	5,21	57	10,46
29	7,09	58	14,33	29	10,63	58	21,50	29	16,14	58	33,18	29	5,32	58	10,75
30	7,23	59	14,74	30	10,85	59	22,10	30	16,43	59	34,31	30	5,42	59	11,05
31	7,37	60	15,15	31	11,06	60	22,73	31	16,71	60	35,51	31	5,53	60	11,36
32	7,52	61	15,58	32	11,28	61	23,37	32	17,01	61	36,79	32	5,64	61	11,69
33	7,67	62	16,03	33	11,50	62	24,04	33	17,31	62	38,17	33	5,75	62	12,02
34	7,83	63	16,48	34	11,74	63	24,73	34	17,63	63	39,64	34	5,87	63	12,36
35	7,99	64	16,95	35	11,99	64	25,42	35	17,98	64	41,21	35	5,99	64	12,71
36	8,17	65	17,01	36	12,25	65	25,52	36	18,35	65	–	36	6,13	65	12,76
37	8,35	66	17,47	37	12,52	66	26,21	37	18,74	66	–	37	6,26	66	13,11
38	8,54	67	17,95	38	12,80	67	26,93	38	19,13	67	–	38	6,40	67	13,46
39	8,73	68	18,43	39	13,10	68	27,64	39	19,56	68	–	39	6,55	68	13,82
40	8,94	69	18,90	40	13,40	69	28,35	40	20,00	69	–	40	6,70	69	14,18
41	9,15	70	19,37	41	13,73	70	29,05	41	20,48	70	–	41	6,86	70	14,53
42	9,38	71	19,81	42	14,07	71	29,72	42	20,98	71	–	42	7,03	71	14,86
43	9,62	72	20,23	43	14,43	72	30,34	43	21,52	72	–	43	7,21	72	15,17
44	9,86	73	20,64	44	14,80	73	30,95	44	22,08	73	–	44	7,40	73	15,48
45	10,12	74	21,03	45	15,18	74	31,54	45	22,66	74	–	45	7,59	74	15,77
46	10,38	75	21,47	46	15,57	75	32,21	46	23,27	75	–	46	7,79	75	16,10

* Eintrittsalter ist das bei Versicherungsbeginn erreichte Alter. Ändert sich das Alter in dem Kalendermonat, in dem die Versicherung beginnt, so wird das neue Alter für die Eintrittsaltersberechnung zugrunde gelegt. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres ab dem 1. des folgenden Kalenderjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 21. Lebensjahres ab dem 1. des folgenden Kalenderjahres die Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 21.

BW2 20-UZA **BW2 30-UZA** **BW2 50-UZA** **BW2 15-UZA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–20	1,72	1,72	2,52	1,29
21	1,72	1,72	2,52	1,29
22	1,72	1,72	2,52	1,29
23	1,72	1,72	2,52	1,29
24	1,74	1,74	2,55	1,30
25	1,74	1,74	2,55	1,30
26	1,74	1,74	2,55	1,30
27	1,88	1,88	2,75	1,41
28	2,01	2,01	2,95	1,51
29	2,13	2,13	3,13	1,60
30	2,27	2,27	3,33	1,70
31	2,41	2,41	3,53	1,81
32	2,55	2,55	3,73	1,91
33	2,55	2,55	3,73	1,91
34	2,55	2,55	3,73	1,91

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zur Heilfürsorge

BW2 25-UZ **BW2 35-UZ** **BW2 40-UZ** **BW2 45-UZ**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	1,93	47	13,32	0–14	2,71	47	18,64	0–14	3,09	47	21,31	0–14	3,48	47	23,97
15–19	2,70	48	13,67	15–19	3,78	48	19,14	15–19	4,32	48	21,87	15–19	4,86	48	24,61
20	7,18	49	14,03	20	10,05	49	19,65	20	11,48	49	22,46	20	12,92	49	25,26
21	7,34	50	14,41	21	10,28	50	20,17	21	11,75	50	23,06	21	13,22	50	25,94
22	7,52	51	14,80	22	10,53	51	20,72	22	12,03	51	23,68	22	13,54	51	26,64
23	7,71	52	15,21	23	10,80	52	21,29	23	12,34	52	24,33	23	13,88	52	27,37
24	7,91	53	15,63	24	11,07	53	21,88	24	12,66	53	25,00	24	14,24	53	28,13
25	8,11	54	16,06	25	11,35	54	22,48	25	12,97	54	25,69	25	14,59	54	28,90
26	8,30	55	16,50	26	11,62	55	23,10	26	13,28	55	26,40	26	14,94	55	29,70
27	8,49	56	16,96	27	11,89	56	23,74	27	13,59	56	27,13	27	15,29	56	30,52
28	8,68	57	17,43	28	12,15	57	24,40	28	13,89	57	27,88	28	15,62	57	31,37
29	8,86	58	17,91	29	12,40	58	25,08	29	14,18	58	28,66	29	15,95	58	32,25
30	9,04	59	18,42	30	12,66	59	25,79	30	14,46	59	29,47	30	16,27	59	33,16
31	9,22	60	18,94	31	12,90	60	26,52	31	14,75	60	30,30	31	16,59	60	34,09
32	9,40	61	19,48	32	13,16	61	27,27	32	15,04	61	31,16	32	16,91	61	35,06
33	9,58	62	20,03	33	13,42	62	28,05	33	15,33	62	32,05	33	17,25	62	36,06
34	9,78	63	20,61	34	13,70	63	28,85	34	15,65	63	32,97	34	17,61	63	37,09
35	9,99	64	21,19	35	13,99	64	29,66	35	15,98	64	33,90	35	17,98	64	38,13
36	10,21	65	21,27	36	14,29	65	29,77	36	16,34	65	34,02	36	18,38	65	38,28
37	10,44	66	21,84	37	14,61	66	30,58	37	16,70	66	34,95	37	18,78	66	39,32
38	10,67	67	22,44	38	14,94	67	31,42	38	17,07	67	35,90	38	19,21	67	40,39
39	10,91	68	23,03	39	15,28	68	32,25	39	17,46	68	36,85	39	19,64	68	41,46
40	11,17	69	23,63	40	15,64	69	33,08	40	17,87	69	37,80	40	20,11	69	42,53
41	11,44	70	24,21	41	16,01	70	33,89	41	18,30	70	38,74	41	20,59	70	43,58
42	11,72	71	24,76	42	16,41	71	34,67	42	18,75	71	39,62	42	21,10	71	44,57
43	12,02	72	25,29	43	16,83	72	35,40	43	19,23	72	40,46	43	21,64	72	45,51
44	12,33	73	25,79	44	17,26	73	36,11	44	19,73	73	41,27	44	22,19	73	46,43
45	12,65	74	26,28	45	17,70	74	36,80	45	20,23	74	42,05	45	22,76	74	47,31
46	12,97	75	26,84	46	18,16	75	37,57	46	20,76	75	42,94	46	23,35	75	48,31

* Eintrittsalter ist das bei Versicherungsbeginn erreichte Alter. Ändert sich das Alter in dem Kalendermonat, in dem die Versicherung beginnt, so wird das neue Alter für die Eintrittsaltersberechnung zugrunde gelegt. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres ab dem 1. des folgenden Kalenderjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 21. Lebensjahres ab dem 1. des folgenden Kalenderjahres die Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 21.

BW2 25-UZA **BW2 35-UZA** **BW2 40-UZA** **BW2 45-UZA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–20	1,72	1,76	2,02	2,27
21	1,72	1,76	2,02	2,27
22	1,72	1,76	2,02	2,27
23	1,72	1,76	2,02	2,27
24	1,74	1,78	2,04	2,29
25	1,74	1,78	2,04	2,29
26	1,74	1,78	2,04	2,29
27	1,88	1,92	2,20	2,47
28	2,01	2,06	2,36	2,65
29	2,13	2,19	2,50	2,81
30	2,27	2,33	2,66	2,99
31	2,41	2,47	2,82	3,18
32	2,55	2,61	2,98	3,36
33	2,55	2,61	2,98	3,36
34	2,55	2,61	2,98	3,36

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zur Heilfürsorge

BW2 50-UZ **BW2 55-UZ** **BW2 60-UZ** **BW2 65-UZ**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**	Alter*	**Beitrag**
0–14	3,87	47	26,63	0–14	4,25	47	29,30	0–14	4,64	47	31,96	0–14	5,03	47	34,62
15–19	5,41	48	27,34	15–19	5,95	48	30,07	15–19	6,49	48	32,81	15–19	7,03	48	35,54
20	14,35	49	28,07	20	15,79	49	30,88	20	17,22	49	33,68	20	18,66	49	36,49
21	14,68	50	28,82	21	16,15	50	31,70	21	17,62	50	34,58	21	19,09	50	37,47
22	15,04	51	29,60	22	16,55	51	32,56	22	18,05	51	35,52	22	19,56	51	38,48
23	15,43	52	30,41	23	16,97	52	33,45	23	18,51	52	36,49	23	20,06	52	39,53
24	15,82	53	31,25	24	17,40	53	34,38	24	18,98	53	37,50	24	20,57	53	40,63
25	16,21	54	32,12	25	17,84	54	35,33	25	19,46	54	38,54	25	21,08	54	41,75
26	16,60	55	33,00	26	18,27	55	36,30	26	19,93	55	39,60	26	21,59	55	42,90
27	16,99	56	33,91	27	18,69	56	37,30	27	20,39	56	40,70	27	22,08	56	44,09
28	17,36	57	34,86	28	19,09	57	38,34	28	20,83	57	41,83	28	22,57	57	45,31
29	17,72	58	35,83	29	19,49	58	39,41	29	21,27	58	43,00	29	23,04	58	46,58
30	18,08	59	36,84	30	19,89	59	40,53	30	21,69	59	44,21	30	23,50	59	47,89
31	18,43	60	37,88	31	20,28	60	41,67	31	22,12	60	45,46	31	23,96	60	49,24
32	18,79	61	38,95	32	20,67	61	42,85	32	22,55	61	46,74	32	24,43	61	50,64
33	19,17	62	40,07	33	21,08	62	44,07	33	23,00	62	48,08	33	24,92	62	52,08
34	19,56	63	41,21	34	21,52	63	45,33	34	23,48	63	49,45	34	25,43	63	53,57
35	19,98	64	42,37	35	21,98	64	46,61	35	23,98	64	50,85	35	25,98	64	55,08
36	20,42	65	42,53	36	22,46	65	46,78	36	24,50	65	51,04	36	26,54	65	55,29
37	20,87	66	43,69	37	22,96	66	48,06	37	25,05	66	52,43	37	27,13	66	56,79
38	21,34	67	44,88	38	23,47	67	49,37	38	25,61	67	53,85	38	27,74	67	58,34
39	21,83	68	46,07	39	24,01	68	50,67	39	26,19	68	55,28	39	28,38	68	59,89
40	22,34	69	47,25	40	24,57	69	51,98	40	26,81	69	56,70	40	29,04	69	61,43
41	22,88	70	48,42	41	25,16	70	53,26	41	27,45	70	58,10	41	29,74	70	62,94
42	23,44	71	49,53	42	25,79	71	54,48	42	28,13	71	59,43	42	30,48	71	64,39
43	24,04	72	50,57	43	26,45	72	55,63	43	28,85	72	60,69	43	31,26	72	65,74
44	24,66	73	51,59	44	27,12	73	56,75	44	29,59	73	61,91	44	32,06	73	67,07
45	25,29	74	52,57	45	27,82	74	57,83	45	30,35	74	63,08	45	32,88	74	68,34
46	25,95	75	53,68	46	28,54	75	59,04	46	31,14	75	64,41	46	33,73	75	69,78

* Eintrittsalter ist das bei Versicherungsbeginn erreichte Alter. Ändert sich das Alter in dem Kalendermonat, in dem die Versicherung beginnt, so wird das neue Alter für die Eintrittsaltersberechnung zugrunde gelegt. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres ab dem 1. des folgenden Kalenderjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 21. Lebensjahres ab dem 1. des folgenden Kalenderjahres die Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 21.

BW2 50-UZA **BW2 55-UZA** **BW2 60-UZA** **BW2 65-UZA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**	**Beitrag**
16–20	2,52	2,77	3,03	3,28
21	2,52	2,77	3,03	3,28
22	2,52	2,77	3,03	3,28
23	2,52	2,77	3,03	3,28
24	2,55	2,80	3,06	3,31
25	2,55	2,80	3,06	3,31
26	2,55	2,80	3,06	3,31
27	2,75	3,02	3,30	3,57
28	2,95	3,24	3,54	3,83
29	3,13	3,44	3,75	4,06
30	3,33	3,66	3,99	4,33
31	3,53	3,88	4,24	4,59
32	3,73	4,10	4,48	4,85
33	3,73	4,10	4,48	4,85
34	3,73	4,10	4,48	4,85

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungstarife zur Heilfürsorge

BW2 70-UZ **BW2 00-UZ** **BWE-UZ**

(monatlicher Beitrag in EUR inklusive gesetzlicher Zuschlag)

Alter*	Beitrag	Alter*	Beitrag	Alter*	Beitrag	Alter*	Beitrag	Alter*	Beitrag	Alter*	Beitrag
0–14	5,41	47	37,29	0–14	5,56	47	58,70	0–14	1,48	47	8,31
15–19	7,57	48	38,28	15–19	8,86	48	60,23	15–19	1,48	48	8,53
20	20,09	49	39,30	20	32,14	49	61,80	20	4,45	49	8,76
21	20,56	50	40,35	21	32,86	50	63,43	21	4,56	50	8,99
22	21,06	51	41,44	22	33,63	51	65,11	22	4,67	51	9,24
23	21,60	52	42,57	23	34,47	52	66,87	23	4,79	52	9,49
24	22,15	53	43,75	24	35,32	53	68,69	24	4,92	53	9,76
25	22,70	54	44,96	25	36,17	54	70,56	25	5,05	54	10,03
26	23,25	55	46,20	26	37,02	55	72,47	26	5,17	55	10,31
27	23,78	56	47,48	27	37,84	56	74,45	27	5,29	56	10,59
28	24,30	57	48,80	28	38,65	57	76,48	28	5,41	57	10,89
29	24,81	58	50,16	29	39,43	58	78,59	29	5,52	58	11,19
30	25,31	59	51,58	30	40,20	59	80,78	30	5,63	59	11,51
31	25,81	60	53,03	31	40,97	60	83,03	31	5,74	60	11,83
32	26,31	61	54,53	32	41,75	61	85,35	32	5,85	61	12,17
33	26,83	62	56,09	33	42,55	62	87,75	33	5,96	62	12,52
34	27,39	63	57,70	34	43,41	63	90,24	34	6,09	63	12,88
35	27,97	64	59,32	35	44,31	64	92,75	35	6,22	64	13,25
36	28,59	65	59,54	36	45,26	65	93,07	36	6,35	65	13,31
37	29,22	66	61,16	37	46,24	66	95,57	37	6,50	66	13,68
38	29,88	67	62,83	38	47,25	67	98,15	38	6,64	67	14,05
39	30,56	68	64,49	39	48,30	68	100,73	39	6,80	68	14,44
40	31,28	69	66,15	40	49,41	69	103,29	40	6,96	69	14,82
41	32,03	70	67,79	41	50,57	70	105,82	41	7,13	70	15,19
42	32,82	71	69,34	42	51,80	71	108,23	42	7,30	71	15,56
43	33,66	72	70,80	43	53,09	72	110,50	43	7,49	72	15,93
44	34,52	73	72,22	44	54,43	73	112,71	44	7,69	73	16,30
45	35,41	74	73,60	45	55,80	74	114,85	45	7,89	74	16,66
46	36,33	75	75,15	46	57,22	75	117,25	46	8,09	75	16,87

* Eintrittsalter ist das bei Versicherungsbeginn erreichte Alter. Ändert sich das Alter in dem Kalendermonat, in dem die Versicherung beginnt, so wird das neue Alter für die Eintrittsaltersberechnung zugrunde gelegt. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres ab dem 1. des folgenden Kalenderjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 21. Lebensjahres ab dem 1. des folgenden Kalenderjahres die Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 21.

BW2 70-UZA **BW2 00-UZA** **BWE-UZA**

(monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	Beitrag	Beitrag	Beitrag
16–19	3,53	7,98	1,33
20	3,53	8,72	1,42
21	3,53	8,72	1,42
22	3,53	8,72	1,42
23	3,53	8,72	1,55
24	3,56	8,72	1,68
25	3,56	8,72	1,81
26	3,56	8,72	1,94
27	3,85	8,72	2,07
28	4,13	8,72	2,18
29	4,38	8,72	2,29
30	4,66	8,72	2,40
31	4,94	8,72	2,50
32	5,22	8,72	2,61
33	5,22	8,72	2,61
34	5,22	8,72	2,61

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Achtung: Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Krankenversicherungsprogramm für akademische Heilberufe

Vollversicherung für Medizinstudenten und Humanmediziner

	Tarife	Seite
Überblick Leistungspakete Vollversicherung: Vergleich zur GKV	Leistungspakete für Ärzte und Studenten der Humanmedizin	182
Spezialtarife für Humanmediziner	VA Med (VA2-U), VA Med-A (VA2-UA) VA Med Komfort (VA2-U, KGH2-U) VA Med Komfort-A (VA2-UA, KGH2-UA)	184 186 186
Einzeltarife Zahnschutz	Kompakt Zahn-U, Kompakt Zahn-UA Komfort Zahn-U, Komfort Zahn-UA Premium Zahn-U, Premium Zahn-UA	24
Einkommenssicherung bei Arbeitsunfähigkeit	KTGA 14-U, KTGA 21-U, KTGA 28-U, KTGA 42-U KTG 91-U, KTG 182-U	197
Kurtarif für Kostenerstattung oder wahlweise Tagegeld	KUR-U, KUR-UA	28
Krankenhaustagegeld	KHTA-U, KHTA-UA KHT-U, KHT-UA	201 240
Beitragsentlastung im Alter	BEA-U	30
Wichtige Informationen für Ihr Kundengespräch		187
Vorsorgeplan für Humanmediziner		181
Annahmerichtlinien	Versicherbarkeit der Spezialtarife für Heilberufe	289

Hinweis

Apotheker und Tierärzte können nach Normaltarifen versichert werden. Siehe bitte Kapitel Vollversicherung/Einzeltarife und Zusatzversicherung.
Tarife für die zahnärztliche Behandlung entnehmen Sie bitte dem Kapitel Vollversicherung/Einzeltarife.

Wichtig

„A“ am Ende der Tarifbezeichnung bezeichnet die Ausbildungsvariante.

Vorsorgeplan für Humanmediziner

Situation	Empfehlungen
Medizinstudenten A. GKV-pflichtig B. GKV-befreit	 A. Zusatzversicherungen, Tarif VIAmed B. Vollversicherung nach Tarifen für Humanmediziner in Ausbildung, Tarif VIAmed
Angestellter Arzt nach Ende des Studiums, jedoch versicherungspflichtig	A. Tarif VIAmed, Zusatzversicherungen, Tarif KTGA 42-U B. Sofern der Kunde während des Studiums bereits den Tarif VIAmed abgeschlossen hat, kann bei Statuswechsel vom Medizinstudenten zum Arzt innerhalb von 2 Monaten eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden. Der Tarif VIAmed sollte hinsichtlich der späteren Umstellung in die Vollversicherung weiterhin bestehen bleiben.
Angestellter Arzt wird versicherungsfrei, sobald das Einkommen über der JAEG liegt	Mit dem bestehenden VIAmed kann man jetzt die Option auf eine beliebige Vollversicherung wahrnehmen. Damit endet VIAmed. Mit VIAmed kann zusätzlich ein Krankentagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung in Höhe des Nettoeinkommens nach Tarif KTGA 42-U versichert werden.
Niederlassung	Ein bestehendes Krankentagegeld kann ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen Tarif mit kürzerer Karenzzeit innerhalb von 2 Monaten nach der Praxiseröffnung bis 210 Euro pro Tag umgestellt werden.

Übersicht der Leistungspakete für Ärzte und Studenten der Humanmedizin*

Leistungsbereiche	GKV	VA Med (VA2-U), Kompakt Zahn**
Jährliche Selbstbeteiligung	Eigenbeteiligung in verschiedenen Bereichen + 10 EUR Praxisgebühr/Quartal	Keine
Ambulanter Schutz		
freie Arztwahl	nur Kassenärzte	ja
Facharzt	mit Überweisung, sonst 10 EUR Praxisgebühr pro Quartal	100%
Heilpraktiker	keine Leistungen	nein
Naturheilverfahren	eingeschränkt (nur bei Kassenärzten)	Arzt
Psychotherapie durch ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten	Vertragsärzte und zugelassene nichtärztliche Psychotherapeuten: 100% – ggf. Praxisgebühr	100% für die ersten 30 Sitzungen, 80% für die 31.–60. Sitzung, 70% ab der 61. Sitzung
Arzneimittel	Zuzahlung 10%, mind. 5 EUR – max. 10 EUR, eingeschränkte Verordnung	100%
Heilmittel, z. B. Massagen, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie	Zuzahlung 10% zuzüglich 10 EUR je Verordnung	100%
Hilfsmittel, z. B. Hörgeräte, Krankenfahrstühle, Bandagen	Zuzahlung 10%, mind. 5 EUR – max. 10 EUR, eingeschränkte Verordnung, leihweise Überlassung möglich	100%, wenn AXA mit der Beschaffung beauftragt wird, sonst 75% – offener Hilfsmittelkatalog
Sehhilfen	keine Leistung Ausnahmen: Kinder/Jugendliche oder schwere Sehbeeinträchtigung	max. 300 EUR innerhalb von 2 Versicherungsjahren
Vorsorgeuntersuchungen	ja, nach gesetzlichen Programmen mit Altersgrenzen	100% nach gesetzlichen Programmen ohne Altersgrenzen; BRE-neutral
Transportkosten	nur in Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung, 10% Zuzahlung, mind. 5 EUR – max. 10 EUR	100% bei Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, 75–100% bei Serienfahrten wegen Strahlentherapie/Chemotherapie oder Dialyse
Stationärer Schutz		
freie Krankenhauswahl	nein (abhängig von Kasse)	ja
privatärztliche Behandlung	nein	nein
Unterkunft	Mehrbettzimmer	Mehrbettzimmer
Zuzahlungen	ja, 10 EUR pro Tag bis max. 28 Tage/KJ	nein
Transportkosten	ja, bei med. Notwendigkeit. Zuzahlung mind. 5 EUR – max. 10 EUR pro Fahrt	100% zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
Zahnschutz		
Zahnbehandlung	100% (mit Einschränkungen) (Praxisgebühr)	100%
Zahnersatz	befundorientierte Festzuschüsse, bei regelm. Prophylaxe Bonus 20%/30%	60%/70% bei dreijähriger Prophylaxe
Inlays	nur in Höhe der Kosten für Amalgamfüllungen	60%/70% bei dreijähriger Prophylaxe
Kieferorthopädie	für Erwachsene nur in Ausnahmefällen, für Kinder 100% (nach KIG)	70% bis 18 Jahre, darüber hinaus 60%
Zahnstaffel	nein	500/1.000/1.500/2.000 EUR in den ersten 1/2/3/4 Jahren
Sonstige Besonderheiten		
Gebührenordnung	vergleichbar mit einfachem Satz der GOÄ/GOZ	ärztl./techn. Leistung bis 3,5/2,5-fach, Laborleistung 1,3-fach
Geltungsbereich	EU- und EWR-Länder und Länder mit Sozialversicherungsabkommen	6 Monate Weltgeltung ab 13. Monat
Beitragsrückerstattung	je nach Krankenkasse und Wahltarif	aus VA2-U
Verhaltensbonus	je nach Krankenkasse und Wahltarif	BMI-, Nichtraucherbonus für Erwachsene, Sportabzeichenbonus (nicht für Ausbildungsvariante)

* Für Studenten der Humanmedizin kann die Ausbildungsvariante gewählt werden.

** auch andere Zahntarife möglich

VA Med Komfort (VA2-U, KGH2-U), Komfort Zahn**	VA Med Premium
keine	
Ambulanter Schutz	
ja	
100 %	
nein	
Arzt	
100 % für die ersten 30 Sitzungen, 80 % für die 31.–60. Sitzung, 70 % ab der 61. Sitzung	
100 %	
100 %	
100 %, wenn AXA mit der Beschaffung beauftragt wird, sonst 75 % – offener Hilfsmittelkatalog	
max. 300 EUR innerhalb von 2 Versicherungsjahren	
100 % nach gesetzlichen Programmen ohne Altersgrenzen; BRE-neutral	
100 % bei Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, 75–100 % bei Serienfahrten wegen Strahlentherapie/Chemotherapie oder Dialyse	
Stationärer Schutz	
ja	
ja, bis 5-facher GOÄ-Satz für Behandlung durch Chefarzt	
Zweibettzimmer, gegen Zuzahlung von 50 EUR pro Tag Einbettzimmer	
nein	
100 % zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus	
Zahnschutz	
100 %	
75 %/85 % bei dreijähriger Prophylaxe	
75 %/85 % bei dreijähriger Prophylaxe	
85 % bis 18 Jahre, darüber hinaus 75 %	
1.000/2.000/3.000/4.000 EUR in den ersten 1/2/3/4 Jahren	
Sonstige Besonderheiten	
ärztl./techn. Leistung bis 3,5/2,5-fach, Laborleistung 1,3-fach, im Krankenhaus bis 5-fach	
6 Monate Weltgeltung ab 13. Monat	
aus VA2-U	
BMI-, Nichtraucherbonus für Erwachsene, Sportabzeichenbonus (nicht für Ausbildungsvariante)	

Einführung VA Med Premium voraussichtlich im 1. Quartal 2013

Vollversicherung für angestellte Ärzte

Tarifauszug: VA Med (VA2-U, VA2-UA)

Ambulante Behandlung/Kostenerstattung

100 % für ambulante Behandlung durch Ärzte einschließlich Arznei- und Verbandmittel

100 % für Heilmittel

100 % für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen ohne Beschränkung durch Altersgrenzen und ohne Anrechnung auf BRE

100 % für Hilfsmittel, wenn AXA mit der Beschaffung beauftragt wird, sonst 75 % – offener Hilfsmittelkatalog

100 % für Sehhilfen, max. 300 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren

100 % für Psychotherapie bis zur 30. Sitzung, 80 % ab der 31. bis zur 60. Sitzung, 70 % ab der 61. Sitzung

100 % für Schutzimpfungen, die von der „STIKO“ empfohlen werden und nicht ausschließlich als private Auslandsschutzimpfung gelten (ohne Anrechnung auf die BRE)

100 % für Transportkosten bei Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, 75–100 % bei Serienfahrten wegen Strahlentherapie/Chemotherapie oder Dialyse

Stationäre Behandlung/Kostenerstattung

100 % für stationäre Behandlung im Krankenhaus – allgemeine Krankenhausleistungen – wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung

100 % für Transportkosten zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus

Wichtige Tarifmerkmale

- Nichtraucherbonus
- BMI-Bonus
- Sportabzeichenbonus
- Beitragsrückerstattung
- Option auf Höherversicherung zu bestimmten Anlässen:
  - Erlangung eines Facharzttitels, Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt, Niederlassung
  - Eheschließung (einmalig)
  - Geburt/Adoption eines Kindes
  - Beginn der Berufsausbildung eines Kindes (einmalig)
  - einmalig zum Ende des 5. Versicherungsjahres
  - Entsendung ins Ausland aus beruflichen Gründen

Tarifauszug: KGH2-U, KGH2-UA

Stationäre Behandlung/Kostenerstattung

100 % für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer – wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung

100 % bei Behandlung durch den Chefarzt bis zum 5-fachen Satz der GOÄ bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung mit dem Patienten

100 % für Transportkosten zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus

30 EUR/Tag Ersatz-KHT bei Wahl der allgemeinen Pflegeklasse

50 EUR/Tag Eigenanteil bei Unterbringung im Einbettzimmer

100 % der Unterbringungskosten (max. 5 Tage) für eine Begleitperson eines Kindes bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres

500 EUR bei Hausentbindung pauschal, bei Mehrlingsgeburten das entsprechend Vielfache

Hinweis

Zahnbehandlung und Zahnersatz

Für den Zahnschutz empfehlen sich die Tarife Kompakt Zahn-U, Komfort Zahn-U oder Premium Zahn-U (siehe Kapitel Vollversicherung Einzeltarife).

Wichtig

Versicherungsfähigkeit für Studenten der Humanmedizin in den Ausbildungstarifen:

Versicherungsfähig sind Medizinstudenten bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres. Danach muss auf Normaltarife umgestellt werden, auch wenn das Studium noch nicht beendet ist.

Versicherungsdauer:

Die Versicherungsfähigkeit erlischt, wenn das Studium vorzeitig aufgegeben bzw. um mehr als 6 Monate unterbrochen wird. Die Versicherung nach den Ausbildungskonditionen endet außerdem nach Beendigung des Studiums sowie bei Vollendung des 34. Lebensjahres.
Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.

VA Med (VA2-U), VA Med Komfort (VA2-U, KGH2-U)

Monatliche Beiträge in EUR inklusive 10 % gesetzlichen Zuschlag**

Alter*	VA2-U	VA2-U, KGH2-U	Alter*	VA2-U	VA2-U, KGH2-U
0 – 14	101,90	109,32	47	412,14	470,08
15 – 19	101,90	109,32	48	421,82	481,39
20	256,29	288,85	49	431,86	493,11
21	261,39	294,65	50	442,31	505,29
22	266,64	300,62	51	453,16	517,92
23	272,02	306,73	52	464,44	531,03
24	277,29	312,71	53	476,33	544,83
25	282,43	318,58	54	488,44	558,88
26	287,46	324,32	55	501,09	573,54
27	292,39	329,96	56	514,22	588,73
28	296,34	334,53	57	528,14	604,83
29	300,14	338,95	58	542,10	620,97
30	304,07	343,51	59	557,02	638,18
31	308,03	348,11	60	520,46	596,37
32	312,20	352,97	61	534,89	612,96
33	316,57	358,04	62	550,05	630,36
34	321,44	363,70	63	565,92	648,59
35	326,56	369,68	64	581,75	666,78
36	331,90	375,93	65	589,91	675,08
37	337,43	382,44	66	605,34	692,80
38	343,21	389,26	67	620,65	710,43
39	349,25	396,39	68	635,81	727,94
40	355,65	403,92	69	650,66	745,15
41	362,51	411,98	70	665,00	761,85
42	369,79	420,52	71	678,94	778,16
43	377,54	429,60	72	692,19	793,80
44	385,64	439,09	73	704,79	808,79
45	394,03	448,91	74	717,08	823,47
46	402,93	459,31	75	728,97	837,73

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-Jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10 %. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

VA Med Ausbildung (VA2-UA), VA Med Komfort Ausbildung (VA2-UA, KGH2-UA)

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	VA2-UA	VA2-UA, KGH2-UA	Alter*	VA2-UA	VA2-UA, KGH2-UA
20	83,84	95,61	28	124,50	141,34
21	83,84	95,61	29	125,27	142,20
22	83,84	95,61	30	127,01	144,11
23	87,68	100,00	31	127,01	144,11
24	91,93	104,66	32	127,01	144,11
25	95,77	109,04	33	127,01	144,11
26	100,01	113,69	34	127,01	144,11
27	119,63	135,89			

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Wichtige Informationen für Ihr Kundengespräch

Arbeitgeberanteil
Für angestellte Ärzte/Zahnärzte gilt: Auch bei der AXA Vollversicherung zahlt der Arbeitgeber – steuerfrei – 50 % des Beitrags, höchstens jedoch die Hälfte des Beitrags, der bei Anwendung des um 0,9 % verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre (siehe Tabelle Seite 6). Wir übersenden mit dem Versicherungsschein unaufgefordert eine Bescheinigung für den Arbeitgeber (siehe auch Stichwort **Arbeitgeberzuschuss**).

Card für Privatversicherte (ChipCard)
Die Card für Privatversicherte (ChipCard) bietet einen besonderen Service bei Krankenhausbehandlungen: Sie erspart Aufnahmeformalitäten und Vorauszahlungen. Auf der ChipCard sind persönliche Daten des Versicherten gespeichert – Name, Anschrift und Geburtsdatum. So kann auch in der ambulanten Arztpraxis der Verwaltungsaufwand verringert werden. Der Kunde erhält mit Versicherungsbeginn die Karte. Ist der Versicherungsschutz eingeschränkt, z. B. durch Leistungsausschlüsse, Zahlungsverzug oder Ruhensvereinbarung, erhält der Kunde keine ChipCard. Im Falle eines Leistungsausschlusses kann eine ChipCard ausgestellt werden, sofern der Kunde eine speziell auf diesen Fall bezogene Erklärung abgibt. Krankenhäuser, die diesem Verfahren nicht angeschlossen sind, können von uns eine Erstattungszusage anfordern. Wir rechnen dann die Kosten für Unterbringung und Pflege direkt mit dem Krankenhaus ab.

Familienangehörige
Familienangehörige können, soweit sie in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer (Arzt) leben, im Rahmen der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung mitversichert werden. **Eine Erstattung von Honoraren für die persönliche Behandlung von Angehörigen ist dafür grundsätzlich nicht möglich.**

Flugrettung
AXA zahlt auch einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland (siehe auch Stichwort **„Transportkosten“**).

Kindernachversicherung
Neugeborene können innerhalb der ersten 2 Monate nach der Geburt rückwirkend zum Geburtstermin ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten versichert werden, sofern ein Elternteil zum Zeitpunkt der Geburt mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist. Der Versicherungsschutz darf den gleichen Umfang und die gleiche Höhe wie der eines versicherten Elternteils haben, wobei der tarifliche Selbstbehalt sogar niedriger gewählt werden kann. Bei Frühgeburten verzichtet der Versicherer auf die Vorversicherungszeit eines Elternteils und versichert das Neugeborene ohne Wartezeiten und Risikozuschläge, wenn der Versicherungsvertrag des Elternteils angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war.

Kostenerstattung
Behandlungsrechnungen werden generell auch dann erstattet, wenn sie noch nicht bezahlt sind.

Kündigung bei der GKV
Um die Krankenkasse zu kündigen, muss die Annahmebestätigung vorgelegt werden. Nehmen Sie den Antrag also mindestens 2 Monate vor Beginn auf. Eine Aufstellung der unterschiedlichen Kündigungsmöglichkeiten bei der GKV finden Sie unter dem Stichwort **Kündigung bei der GKV**.

Psychotherapie
Die Kosten der ambulanten Psychotherapie werden tariflich erstattet, wenn die Behandlung von einem Facharzt oder nichtärztlichen Psychotherapeuten mit Kassenzulassung durchgeführt wird. Zu Einzelheiten beachten Sie bitte die Bedingungen des jeweiligen Tarifs.

Sachkostenliste bei zahnärztlicher Behandlung
In der Sachkostenliste für Zahntarife sind Höchstpreise für Labor- und Materialkosten bei zahnärztlicher Behandlung festgelegt. Damit wissen Zahnarzt und Patient bereits vor Erstellung eines Heil- und Kostenplanes, mit welcher Erstattung sie rechnen können. Außerdem ist bei Zahnersatz, Parodontosebehandlung oder Kieferorthopädie immer ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes mit dem Kostenvoranschlag des zahntechnischen Labors einzureichen. Bitte beachten Sie tarifspezifische Besonderheiten. Der Kunde erhält daraufhin eine verbindliche Leistungszusage.

Umwandlungsoptionen
Mehr Flexibilität durch Umwandlungsoptionen:
- Erlangung des Facharzttitels, Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt, Niederlassung
- Eheschließung (einmalig)
- Geburt/Adoption eines Kindes
- Beginn der Berufsausbildung eines Kindes (einmal pro Kind)
- Entsendung ins Ausland aus beruflichen Gründen
- Einmalig zum Ende des 5. Versicherungsjahres.

Die Umstellung erfolgt dann innerhalb der geltenden Fristen ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten in einen Tarif mit höheren als auch umfassenderen Leistungen.

Wartezeiten
Egal, ob der Kunde bisher gesetzlich oder bereits privat versichert war: Bei unseren Vollversicherungen gibt es keine Wartezeiten.

Weltweiter Versicherungsschutz
Unter bestimmten Voraussetzungen haben Versicherte in der Krankenvollversicherung weltweiten Versicherungsschutz. Details entnehmen Sie bitte dem Stichwort Auslandsschutz von AXA. Im Neugeschäft empfehlen wir unsere speziellen Auslandstarife. Bei medizinischer Notwendigkeit erstatten wir auch den Rücktransport nach Deutschland.

Krankenversicherungs-Programm für Zahnärzte

Vollversicherung für Zahnärzte

	Tarife	Seite
Überblick Leistungspakete Vollversicherung: Vergleich zur GKV	Leistungspakete für Zahnärzte	190
Einzeltarife: Zahnschutz	VZ Zahn-U, VZ Zahn-UA Kompakt Zahn-U, Kompakt Zahn-UA, Komfort Zahn-U, Komfort Zahn-UA, Premium Zahn-U, Premium Zahn-UA	191 24
Tarifkombination für Zahnärzte	VZ DENT Komfort	193
Vollversicherungstarife	Vital 300-U, Vital 300-UA, Vital 900-U, Vital 900-UA	21
Einkommenssicherung bei Arbeitsunfähigkeit	KTGA 14-U, KTGA 21-U, KTGA 28-U, KTGA 42-U KTG 91-U, KTG 182-U	197
Kurtarif für Kostenerstattung oder wahlweise Tagegeld	KUR-U, KUR-UA	28
Krankenhaustagegeld	KHTA-U, KHTA-UA KHT-U, KHT-UA	201
Beitragsentlastung im Alter	BEA-U	30
Vorsorgeplan für Zahnärzte		189
Annahmerichtlinien	Versicherbarkeit der Spezialtarife für Heilberufe	289

Wichtig
Die folgenden Tarifauszüge beschränken sich auf die wesentlichen Leistungsaussagen.
Eine umfassende und detaillierte Beschreibung der Leistungen und Leistungsbegrenzungen siehe AVB.

Vorsorgeplan für Zahnärzte

Situation	Empfehlungen
Zahnmedizinstudenten A. GKV-pflichtig B. GKV-befreit	 A. Zusatzversicherungen, Tarif VIAmed B. Vollversicherung nach Tarifen der Vollversicherung in Ausbildung, Tarif VIAmed
Wechsel vom Studenten zum Assistenzzahnarzt (GKV-pflichtig)	A. Tarif VIAmed, Zusatzversicherungen, Tarif KTGA 42-U B. Sofern der Kunde während des Studiums bereits den Tarif VIAmed abgeschlossen hat, kann bei Statuswechsel vom Zahnmedizinstudenten zum Zahnarzt innerhalb von 2 Monaten eine Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden. Der Tarif VIAmed sollte hinsichtlich der späteren Umstellung in die Vollversicherung weiterhin bestehen bleiben.
Wechsel vom Assistenzzahnarzt in die Niederlassung	Mit dem bestehenden VIAmed kann man jetzt die Option auf eine beliebige Vollversicherung wahrnehmen. Damit endet VIAmed. Mit VIAmed kann zusätzlich ein Krankentagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung in Höhe des Nettoeinkommens nach Tarif KTGA 28-U oder KTGA 42-U versichert werden. Ein bestehendes Krankentagegeld kann ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen Tarif mit kürzerer Karenzzeit innerhalb von 2 Monaten nach der Praxiseröffnung bis 210 Euro pro Tag umgestellt werden.

Übersicht der Leistungspakete für Zahnärzte

Leistungsbereiche	GKV	VZ DENT Komfort (Vital 300/900-U, VZ Zahn-U*)	VZ DENT Premium
Jährliche Selbstbeteiligung	Eigenbeteiligungen in verschiedenen Bereichen + 10 EUR Praxisgebühr/Quartal	300/900 EUR ambulant + stationär, Kinder/Jugendliche die Hälfte	
Ambulanter Schutz			
freie Arztwahl	nur Kassenärzte	ja	
Facharzt	mit Überweisung, sonst 10 EUR Praxisgebühr pro Quartal	100 %	
Heilpraktiker	keine Leistungen	100 % bis Höchstbeitrag GeBüH, max. 1.000 EUR p. a.	
Naturheilverfahren	eingeschränkt (nur bei Kassenärzten)	Heilpraktiker und Arzt	
Psychotherapie durch ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten	Vertragsärzte und zugelassene nichtärztliche Psychotherapeuten: 100 % – ggf. Praxisgebühr	100 % für die ersten 30 Sitzungen, 80 % für die 31.–60. Sitzung, 70 % ab der 61. Sitzung	
Arzneimittel	Zuzahlung 10 %, mind. 5 EUR – max. 10 EUR, eingeschränkte Verordnung	100 %	
Heilmittel, z. B. Massagen, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie	Zuzahlung 10 %, zuzüglich 10 EUR je Verordnung	90 %	
Hilfsmittel, z. B. Hörgeräte, Krankenfahrstühle, Bandagen	Zuzahlung 10 %, mind. 5 EUR – max. 10 EUR, eingeschränkte Verordnung, leihweise Überlassung möglich	100 %, wenn AXA mit der Beschaffung beauftragt wird, sonst 75 % – offener Hilfsmittelkatalog	
Sehhilfen	keine Leistung, Ausnahmen: Kinder/Jugendliche oder schwere Sehbeeinträchtigung	max. 250 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren	
Vorsorgeuntersuchungen	ja, nach gesetzlichen Programmen mit Altersgrenzen	100 % nach gesetzlichen Programmen ohne Altersgrenzen, selbstbehaltneutral, BRE-neutral	
Transportkosten	nur in Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung, 10 % Zuzahlung, mind. 5 EUR – max. 10 EUR	100 % bei Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, 75–100 % bei Serienfahrten wegen Strahlentherapie/Chemotherapie oder Dialyse	
Stationärer Schutz			
freie Krankenhauswahl	nein (abhängig von Kasse)	ja	
Privatärztliche Behandlung	nein	ja	
Unterkunft	Mehrbettzimmer	Zweibettzimmer, bei Unfall oder gegen Zuzahlung von 50 EUR pro Tag Einbettzimmer	
Zuzahlungen	ja, 10 EUR pro Tag bis max. 28 Tage/KJ	nein	
Transportkosten	ja, bei med. Notwendigkeit. Zuzahlung mind. 5 EUR – max. 10 EUR pro Fahrt	100 % zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus	
Zahnschutz			
Zahnbehandlung	100 % (mit Einschränkungen) (Praxisgebühr)	100 % des Rechnungsbetrages für Material- und Laborkosten, keine Erstattung für Honorare	
Zahnersatz	befundorientierte Festzuschüsse, bei regelm. Prophylaxe Bonus 20 % / 30 %		
Inlays	nur in Höhe der Kosten für Amalgamfüllungen		
Kieferorthopädie	für Erwachsene nur in Ausnahmefällen, für Kinder 100 % (nach KIG)		
Zahnstaffel	nein	nein	
Sonstige Besonderheiten			
Gebührenordnung	vergleichbar mit einfachem Satz der GOÄ/GOZ	Auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus bei Honorarvereinbarung	
Geltungsbereich	EU- und EWR-Länder und Länder mit Sozialversicherungsabkommen	6 Monate Weltgeltung ab 13. Monat	
Beitragsrückerstattung	je nach Krankenkasse und Wahltarif	aus Vital-U	
Verhaltensbonus	je nach Krankenkasse und Wahltarif	BMI-, Nichtraucher- und Primärarztbonus für Erwachsene, Sportabzeichenbonus (nicht für Ausbildungsvariante)	

Einführung VZ DENT Premium voraussichtlich im 1. Quartal 2013

* auch andere Zahntarife möglich

Zahnärztliche Behandlung – Tarif VZ Zahn-U

Tarifauszug VZ Zahn-U, VZ Zahn-UA

VZ Zahn-U (Spezialtarif nur für Zahnärzte)

100 % des Rechnungsbetrages für Material- und Laborkosten.

Keine Erstattung für Honorare

Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz soll dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.

Die erstattungsfähigen Höchstpreise für Labor- und Materialkosten richten sich nach der Sachkostenliste.

Optionen: Versicherte haben das Recht, zu bestimmten Anlässen ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen höheren/umfangreicheren Versicherungsschutz zu wechseln. Anlässe: Erlangung des Facharzttitels, Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt, Niederlassung, einmalig bei Eheschließung, Geburt/Adoption eines Kindes, Beginn der Berufsausbildung eines Kindes, Entsendung ins Ausland aus beruflichen Gründen und zum Ende des 5. Versicherungsjahres.

VZ Zahn-U – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR inklusive 10 % gesetzlichen Zuschlag**

Alter*	VZ Zahn-U	Alter*	VZ Zahn-U
0 – 14	5,45	47	17,52
15 – 19	5,45	48	17,78
20	12,42	49	18,01
21	12,56	50	18,23
22	12,71	51	18,43
23	12,86	52	18,60
24	13,00	53	18,76
25	13,16	54	18,89
26	13,30	55	19,01
27	13,45	56	19,01
28	13,61	57	19,01
29	13,75	58	19,01
30	13,92	59	19,01
31	14,07	60	17,28
32	14,23	61	17,28
33	14,41	62	17,28
34	14,60	63	17,28
35	14,77	64	17,28
36	14,97	65	16,87
37	15,17	66	16,87
38	15,38	67	16,87
39	15,60	68	16,87
40	15,82	69	16,87
41	16,05	70	16,87
42	16,28	71	16,87
43	16,53	72	16,87
44	16,78	73	16,87
45	17,03	74	16,87
46	17,27	75	16,87

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

** 20–59-Jährige zahlen in der Krankheitskostenvollversicherung den gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10 %. Dieser ist in den genannten Beiträgen enthalten.

VZ Zahn-UA

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	VZ Zahn-UA	Alter*	VZ Zahn-UA
20	7,17	28	7,59
21	7,17	29	7,67
22	7,17	30	7,67
23	7,25	31	7,76
24	7,34	32	7,76
25	7,38	33	7,76
26	7,46	34	7,76
27	7,55		

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Tarifkombination für Zahnärzte – mit 900 Euro Selbstbehalt

Tarifauszug: VZ DENT Komfort (Vital 900-U und VZ Zahn-U)

Kurzbeschreibung des Tarifes VZ DENT Komfort (Vital 900-U und VZ Zahn-U)

100 % für ambulante Heilbehandlung einschließlich Arznei- und Verbandmittel

100 % für privatärztliche Behandlung und Zweibettzimmer im Krankenhaus, bei Unfall Einbettzimmer

900 EUR Selbstbehalt pro Versicherungsjahr für ambulante und stationäre Leistungen. Für Kinder und Jugendliche gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 19. Lebensjahr vollendet wird, die Hälfte des Selbstbehalts

100 % für Material- und Laborkosten, keine Erstattung von Honoraren bei zahnärztlicher Behandlung

Der Tarif VZ DENT Komfort ist wahlweise auch mit 300 Euro Selbstbehalt versicherbar. Bitte kombinieren Sie dann den Tarif VZ Zahn-U mit Vital 300-U.
Eine detaillierte Leistungsbeschreibung sowie die Beiträge des Vital finden Sie auf den Seiten 21 – 23.

Wichtig

Die AXA Krankenversicherung hat mit verschiedenen Verbänden der Zahnärzte Sonderverträge geschlossen. Zur Teilnahme sind alle Zahnärzte und deren Familienangehörige berechtigt, die diesen Verbänden angehören. Das Tarifangebot entspricht dem der Zahnärzte in der Einzelversicherung, jedoch werden abhängig vom Vertrag Sonderkonditionen gewährt.

Hinweis

Weitere sinnvolle Ergänzungen, z. B. Krankentagegeld, Pflegeergänzung, Beitragsentlastung im Alter, Kurkostenversicherung. **Obligatorisch:** Pflegepflichtversicherung

Krankenversicherungsprogramm für Humanmediziner und Zahnärzte

Optionsmöglichkeiten

		Seite
Option auf Vollkostenversicherung	VIAmed	195

Zusatzversicherungen für Heilberufe

Bedarf	Zusatzversicherung	Tarif	Seite
Option auf Krankenvollversicherung		VIAmed	195
Einkommensabsicherung bei Arbeitsunfähigkeit	Krankentagegeld	KTGA 14-U bis KTGA 42-U KTG 91-U, KTG 182-U	197
Zahnersatz und Prophylaxe	Ergänzungsversicherung für Zahnersatz und Prophylaxe	DENT Premium-U, DENT Komfort-U, DENT, DENT Inlay, DENT Smile	226 226 227
Behandlung durch Zahnarzt, Heilpraktiker, Brillen/Kontaktlinsen und Auslandsreise	ambulante Ergänzungsversicherung	EG080-U, EG035-U	229 231
Behandlung im Krankenhaus, Privatarzt, Zweibettzimmer Krankenhaustagegeld	stationäre Zusatzversicherung	KGH2-UZ	199
	Krankenhaustagegeld – auch für Apotheker und Tierärzte	KHTA-U	201
Tagegeld bei stationären Kuren	Kurtagegeld	KUR-UZ, KUR-UZA	238
Vorsorge für Pflege	Pflegezusatzversicherung	Pflegevorsorge Flex-U Pflegevorsorge Akut-U	218 220
Annahmerichtlinien	Versicherbarkeit der Spezialtarife für Heilberufe		289

Wichtig

Die folgenden Tarifauszüge beschränken sich auf die wesentlichen Leistungsaussagen. Eine umfassende und detaillierte Beschreibung der Leistungen und Leistungsbegrenzungen siehe AVB.
Pro Vertrag ist ein monatlicher Mindestbeitrag von 5 Euro erforderlich.

Hinweis

Apotheker und Tierärzte werden nach Normaltarifen versichert, siehe bitte Kapitel Vollversicherung/Einzeltarife und Zusatzversicherung.

VIAmed – die Option auf die Krankenvollversicherung

Medizinstudenten/Jungärzte können schon frühzeitig für die private Krankenvollversicherung beworben werden. Für einen geringen Beitrag haben sie mit VIAmed die Option, später ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Vollversicherung von AXA zu wechseln. Und dabei werden ihnen noch Beiträge gutgeschrieben.

Tarifauszug: VIAmed

Option auf jeden Vollversicherungstarif der AXA Krankenversicherung, der für den Verkauf offen ist und für den Versicherungsfähigkeit besteht.

Versicherungsfähig sind:

- Human- oder Zahnmedizinstudenten, Ärzte oder Zahnärzte. O.g. Personen sind nicht versicherbar, sofern sie selbstständig tätig sind oder wenn sie angestellt und aufgrund ihres Einkommens oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 (1) SGB V versicherungsfrei sind. Mitversicherbar sind deren in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehepartner bzw. Lebensgefährten und Kinder. Nicht versicherbar sind Ehe- bzw. Lebenspartner, die selbstständig tätig oder versicherungsfrei nach § 6 (1) SGB V sind.
- Laufzeit der Option: max. 5 Versicherungsjahre. Die Option endet spätestens zum 31.12. des 5. Versicherungsjahres. Eine einmalige Verlängerung um 36 Monate ist möglich, solange noch Versicherungsfähigkeit besteht.
- Inanspruchnahme der Option: Die Option kann zum Eintritt der Versicherungsfreiheit wahrgenommen werden. Der Antrag muss dann innerhalb von zwei Monaten eingereicht werden.
- Die Option gilt für eine Vollversicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung nach beliebigen für den Verkauf offenen Tarifen, inklusive Pflegevorsorgeversicherung und ein Krankentagegeld für Verdienstausfall. Die max. abschließbare Tagegeldhöhe ist begrenzt auf das aus der beruflichen Tätigkeit resultierende und auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen. Die Karenzzeit darf 42 Tage nicht unterschreiten, lediglich zum Zeitpunkt der Umstellung freiberufliche Ärzte können auch ein Tagegeld mit einer Karenzzeit von 28 Tagen wählen. Bei Wahrnehmung der Option ist das in der Pflegevorsorgeversicherung versicherbare monatliche Pflegegeld auf maximal 1.500 Euro begrenzt. Sofern bei Ausübung der Option bereits bei der AXA Krankenversicherung eine Pflegezusatzversicherung besteht, sind zusätzlich die vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen einzuhalten.
- Bei Beendigung des VIAmed und Umstellung in eine Krankenvollversicherung werden dem Kunden 50% der eingezahlten Beiträge ausgezahlt.
- Mit VIAmed kann man außerdem eine Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung wählen. Und zwar dann, wenn der Kunde seine Ausbildung beendet und als Assistenzarzt versicherungspflichtig in der GKV ist (VIAmed muss dann nicht beendet werden). Und letztmalig zum Ende der Optionslaufzeit, sofern ein Wechsel in die Vollversicherung nicht möglich ist.

Wichtig

Die Kombination mit Tarif KTGA 42-U ist empfehlenswert, um hier die Lücke im Verdienstausfall zu schließen. Für den Optionstarif sind alle Gesundheitsfragen zu beantworten. Eine Annahme zu besonderen Bedingungen (Risikozuschlag, Leistungseinschränkung oder Leistungsausschluss) ist möglich.
Wurde ein Risikozuschlag vereinbart, so ändert sich später dessen Höhe abhängig von den Tarifen des auflebenden Versicherungsschutzes. Während der Laufzeit des Tarifs VIAmed neu aufgetretene Krankheiten werden bei der Wahrnehmung der Option nicht betrachtet.

VIAmed – Beiträge

Alter*	monatlicher Beitrag in EUR
bis 34	5,00
35 – 45	10,00
46 – 50	13,00
51 – 55	36,00

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

Krankentagegeld für angestellte/niedergelassene GKV-versicherte Ärzte und Zahnärzte

Niedergelassene Ärzte und Zahnärzte

Niedergelassene Ärzte und Zahnärzte können grundsätzlich 80 % ihrer Einkünfte (Gewinne aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit) versichern. Die Absicherung der laufenden Betriebskosten ist nicht möglich.
Verwendung des Krankentagegeldes: Einkommensabsicherung, Beitragsaufwendung

Angestellte Ärzte und Zahnärzte

Was leistet die GKV?
Der Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag bei der GKV beträgt 70 % des Bruttoeinkommens (bis zur Beitragsbemessungsgrenze), jedoch nicht mehr als 90 % des Nettoeinkommens. Der Arbeitnehmeranteil für Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung wird von der Krankenkasse abgezogen und direkt an den Sozialversicherungsträger abgeführt. Den Arbeitgeberanteil für Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung zahlt die Kasse zusätzlich direkt an den Sozialversicherungsträger. Die GKV ist während des Bezugs von Krankengeld beitragsfrei. Der Absicherungsbedarf ergibt sich aus der Differenz zwischen Nettoeinkommen und tatsächlich ausgezahltem Krankengeld der Kasse.

Die Höhe des zu versichernden Krankentagegeldes entnehmen Sie bitte den Annahmerichtlinien,
Seite 296.

Hinweis

Dynamik: Erhöht sich das Nettoeinkommen, so kann ohne Wartezeiten und Gesundheitsprüfung das Krankentagegeld innerhalb von 2 Monaten angepasst werden. Die Karenzzeit muss jeweils auf die Dauer der Gehalts- oder Lohnfortzahlungen abgestellt sein. Siehe auch Stichwort **Dynamik.**
Geltungsbereich: Der Versicherungsschutz gilt für Arbeitnehmer in der gesamten EU/EWR bei dort akut eintretender Arbeitsunfähigkeit. Darüber hinaus wird das Krankentagegeld bei akuter Erkrankung und Aufenthalt in einem öffentlichen Krankenhaus weltweit gezahlt.
Option bei Wechsel in die Niederlassung: Ein bestehendes Krankentagegeld kann ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen Tarif mit kürzerer Karenzzeit innerhalb von 2 Monaten nach der Praxiseröffnung bis 210 Euro pro Tag umgestellt werden.

Wichtig

Unabhängig davon, ob und in welcher Weise Versicherungsschutz bei der GKV besteht, empfehlen wir:

Längere Karenzzeiten	= Beitragsersparnis
Gestaffelte Leistung	= mehr Leistung bei längerer ernster Erkrankung
Zusätzliches KHT	= Bargeld ab 1. Tag im Krankenhaus

Krankentagegeld für Ärzte und Zahnärzte

Tarifauszug: KTGA 14-U, KTGA 21-U, KTGA 28-U, KTGA 42-U, KTG 91-U, KTG 182-U

Zahlung des versicherten Krankentagegeldes bei völliger Arbeitsunfähigkeit als Entschädigung für Verdienstausfall.
Nach Ablauf von 14, 21, 28, 42, 91 oder 182 leistungsfreien Tagen seit Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit wird das versicherte Krankentagegeld je Kalendertag ohne zeitliche Höchstgrenzen bis zum Ende der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit gezahlt.

Im KTGA 14-U bis KTGA 42-U Zahlung auch ab 50 % Teilarbeitsunfähigkeit, wenn unmittelbar vorher mindestens 14 Tage 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, entsprechend dem Grad der Teilarbeitsunfähigkeit, bis zu 6 Wochen.

Wichtig

Annahmerichtlinien: ab Seite 296.
Meldung bei Arbeitsunfähigkeit: Bei der Verdienstausfallversicherung benötigen wir eine unverzügliche Meldung einer eingetretenen Arbeitsunfähigkeit. Der Eingang der Meldung bei uns ist spätestens innerhalb einer Woche nach Ablauf der Karenzzeit erforderlich.

Hinweis

Längere Karenzzeiten bedeuten Beitragsersparnis. Staffelung des Krankentagegeldes bewirkt mehr Leistung bei längerer ernster Erkrankung. Kombination mit Krankenhaustagegeld empfehlenswert, da zusätzliches Bargeld ab 1. Tag des Krankenhausaufenthaltes.
Bei Teilarbeitsunfähigkeit siehe Stichwort **Arbeitsunfähigkeit**.

Krankentagegeld für Ärzte und Zahnärzte – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR je 10 EUR versichertes Krankentagegeld

Alter*	KTGA 14-U **	KTGA 21-U **	KTGA 28-U **	KTGA 42-U	KTG 91-U	KTG 182-U
20	2,10	1,88	1,72	1,47	1,84	0,75
21	2,16	1,94	1,77	1,51	1,87	0,77
22	2,22	2,00	1,83	1,57	1,91	0,78
23	2,29	2,06	1,89	1,62	1,95	0,80
24	2,37	2,13	1,96	1,68	2,00	0,82
25	2,44	2,20	2,03	1,74	2,05	0,84
26	2,52	2,27	2,10	1,80	2,10	0,86
27	2,61	2,35	2,17	1,87	2,15	0,88
28	2,70	2,44	2,25	1,94	2,21	0,91
29	2,80	2,53	2,34	2,01	2,26	0,93
30	2,90	2,63	2,43	2,08	2,32	0,95
31	3,00	2,73	2,52	2,16	2,39	0,98
32	3,11	2,84	2,62	2,24	2,45	1,01
33	3,23	2,95	2,72	2,32	2,53	1,04
34	3,35	3,07	2,83	2,41	2,60	1,07
35	3,48	3,20	2,94	2,50	2,68	1,10
36	3,61	3,33	3,06	2,60	2,77	1,14
37	3,74	3,47	3,19	2,70	2,86	1,17
38	3,88	3,61	3,32	2,81	2,96	1,22
39	4,03	3,76	3,45	2,92	3,07	1,26
40	4,18	3,92	3,60	3,05	3,18	1,30
41	4,34	4,08	3,75	3,18	3,31	1,36
42	4,50	4,26	3,91	3,32	3,44	1,41
43	4,66	4,42	4,07	3,46	3,58	1,47
44	4,82	4,58	4,23	3,60	3,74	1,53
45	4,98	4,75	4,39	3,75	3,89	1,59
46	5,15	4,92	4,55	3,90	4,06	1,66
47	5,32	5,09	4,71	4,05	4,23	1,73
48	5,50	5,26	4,88	4,20	4,42	1,81
49	5,68	5,43	5,04	4,35	4,61	1,89
50	5,85	5,60	5,20	4,50	4,63	1,90
51	5,98	5,74	5,33	4,62	4,82	1,97
52	6,06	5,83	5,42	4,69	5,01	2,05
53	6,13	5,91	5,49	4,76	5,19	2,12
54	6,19	5,97	5,55	4,81	5,39	2,20
55	6,24	6,02	5,60	4,85	5,50	2,25
56	6,29	6,06	5,64	4,88	5,54	2,26
57	6,39	6,16	5,73	4,95	5,64	2,31
58	6,57	6,33	5,88	5,07	5,74	2,34
59	6,74	6,49	6,02	5,18	5,88	2,40
60	6,91	6,65	6,16	5,29	6,02	2,46
61	7,08	6,80	6,29	5,38	6,15	2,50
62	7,23	6,95	6,41	5,47	6,28	2,56
63	7,35	7,07	6,51	5,52	6,40	2,60
64	7,49	7,20	6,61	5,59	6,53	2,64

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.
** nur für Selbstständige.

Zusatzversicherung Krankenhauskosten für Ärzte und Zahnärzte

Tarifauszug: KGH2-UZ

Krankenhausbehandlung/Kostenerstattung

100 % privatärztliche Behandlung im Zweibettzimmer wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung nach Vorleistung der GKV

100 % für persönlich durch den Chefarzt erbrachte Leistungen bis zum 5-fachen Satz der GOÄ bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung mit dem Patienten

100 % der Transportkosten innerhalb Deutschlands zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus

30 EUR Krankenhaustagegeld pro Tag bei Wahl der allgemeinen Pflegeklasse

50 EUR Selbstbeteiligung pro Tag bei Wahl des Einbettzimmers

500 EUR bei einer Hausentbindung, bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache

100 % der Unterbringungskosten (max. 5 Tage) für eine Begleitperson eines Kindes bis zum 5. Lebensjahr

Wichtig

Wartezeit: Für Entbindungen gilt eine Wartezeit von 8 Monaten.

Erstattung: Bei Versicherungsbeginn erhält der Kunde eine ChipCard, die bei Aufnahme im Krankenhaus vorzulegen ist und Aufnahmeformalitäten und Vorauszahlung erspart. Für Krankenhäuser, die dem Verfahren nicht angeschlossen sind, kann von uns eine Erstattungszusage angefordert werden. Die Kosten für den versicherten Pflegesatz werden dann direkt mit dem Krankenhaus abgerechnet. Arztrechnungen erstatten wir generell, auch wenn sie noch nicht bezahlt sind. Bitte vor Einreichung bei uns einen Erstattungsvermerk der GKV anbringen lassen. Für das Ersatz-KHT reicht eine Bescheinigung des Krankenhauses mit Namen der behandelten Person, Aufnahmetag, Entlassungstag und Diagnose aus.

KGH2-UZ – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	KGH2-UZ	Alter*	KGH2-UZ
0 – 14	7,29	47	51,75
15 – 19	7,29	48	53,22
20	29,04	49	54,71
21	29,66	50	56,26
22	30,30	51	57,86
23	30,96	52	59,50
24	31,60	53	61,20
25	32,25	54	62,94
26	32,88	55	64,74
27	33,52	56	66,59
28	34,08	57	68,54
29	34,63	58	70,49
30	35,20	59	72,53
31	35,78	60	74,63
32	36,38	61	76,76
33	37,02	62	78,96
34	37,73	63	81,28
35	38,49	64	83,60
36	39,31	65	83,88
37	40,19	66	86,12
38	41,12	67	88,41
39	42,09	68	90,73
40	43,10	69	93,05
41	44,17	70	95,37
42	45,31	71	97,71
43	46,50	72	100,06
44	47,73	73	102,41
45	49,02	74	104,77
46	50,36	75	107,09

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

Krankenhaustagegeld für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Tierärzte

Ein Krankenhaustagegeld bringt viele Vorteile: Die steuerfreie Auszahlung kann vom Kunden nach seinen Wünschen genutzt werden, z. B. für zusätzlichen Service im Krankenhaus, wie Telefon, TV, Taxikosten für Verwandte oder Kosten einer Haushaltshilfe, Ausgleich für entgangene Zulagen oder Spesen oder einen anschließenden Genesungsurlaub.

Tarifauszug: KHTA-U, KHTA-UA

Zahlung des versicherten Krankenhaustagegeldes für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung.

Zahlung von 50 % des versicherten Krankenhaustagegeldes bei teilstationärer Behandlung.

Sollte ein Krankenhaustagegeld von mehr als 60 Euro versichert werden, so muss der übersteigende Betrag nach Tarif KHT-U, siehe Seite 240, abgeschlossen werden.

Wichtig

Zur Auszahlung für das Krankenhaustagegeld benötigen wir eine Bescheinigung bzw. die Rechnung des Krankenhauses mit Namen der behandelten Person, Aufnahmetag, Entlassungstag und Diagnose.

Die AXA Krankenversicherung hat mit verschiedenen Verbänden der Zahnärzte Sonderverträge geschlossen. Zur Teilnahme sind alle Zahnärzte und deren Familienangehörige berechtigt, die diesen Verbänden angehören. Das Tarifangebot entspricht dem der Zahnärzte in der Einzelversicherung jedoch werden abhängig vom Vertrag Sonderkonditionen gewährt.

Annahmerichtlinien: ab Seite 299.

Krankenhaustagegeld – Beiträge

KHTA-U (monatlicher Beitrag je 10 EUR versichertes Krankenhaustagegeld)

Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**
0 – 14	0,60	47	3,00
15 – 19	0,60	48	3,10
20	1,50	49	3,20
21	1,50	50	3,30
22	1,60	51	3,40
23	1,60	52	3,50
24	1,60	53	3,60
25	1,70	54	3,70
26	1,70	55	3,90
27	1,80	56	4,00
28	1,80	57	4,10
29	1,80	58	4,30
30	1,90	59	4,40
31	1,90	60	4,50
32	1,90	61	4,70
33	2,00	62	4,90
34	2,00	63	5,00
35	2,10	64	5,20
36	2,10	65	5,20
37	2,20	66	5,40
38	2,30	67	5,60
39	2,30	68	5,70
40	2,40	69	5,90
41	2,50	70	6,10
42	2,50	71	6,30
43	2,60	72	6,40
44	2,70	73	6,60
45	2,80	74	6,80
46	2,90	75	6,90

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 14. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge bei der AXA Krankenversicherung angefragt werden.

KHTA-UA (monatlicher Beitrag je 10 EUR versichertes Krankenhaustagegeld)

Alter*	**Beiträge**
20 – 25	0,60
26	0,70
27 – 34	0,80

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Der gesundheitsservice360° von AXA bietet Ihren Kunden zahlreiche Vorteile

Liebe Vertriebspartnerinnen,
liebe Vertriebspartner,

nutzen Sie beim Verkaufsgespräch die Vorteile des gesundheitsservice360°!
Der gesundheitsservice360°

- bietet zusätzlich **qualitative Argumente** für den Verkauf von Krankenversicherungen von AXA und DBV
- trägt zur **Beitragsstabilisierung** bei, denn im Jahr 2011 konnten durch unser Leistungs- und Gesundheitsmanagement Kostensteigerungen um zweistellige Millionenbeträge reduziert werden
- vermeidet die Progression von Krankheiten und somit die Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Dies trägt ebenfalls zur **Abmilderung des Leistungsanstieges** und damit zu langfristig bezahlbaren Beiträgen bei
- bietet Ihren Kunden eine optimale und kostenlose Unterstützung mit zahlreichen **Serviceleistungen** und **Patientenbegleitungen** an und fördert so die **Gesundheit** Ihrer Kunden
- führt zur erhöhten **Kundenzufriedenheit** und **Kundenbindung** und etabliert damit AXA bei Ihren Kunden als **Ansprechpartner 1. Wahl**

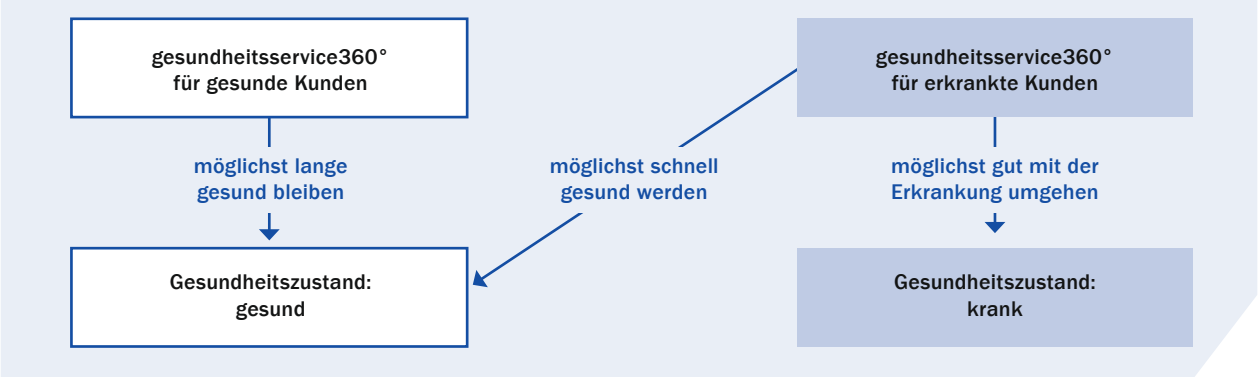
Nachfolgend erhalten Sie Informationen zum gesundheitsservice360°. Dieser besteht aus den in den letzten Jahren stetig ausgebauten umfangreichen Services des Gesundheitsmanagements von AXA. Ihre krankenvollversicherten Kunden profitieren von einem interdisziplinären Team von Experten und Spezialisten und besonderen Serviceleistungen. Das Gesundheitsmanagement/gesundheitsservice360° sorgt somit für eine optimale medizinische Behandlung und Betreuung Ihrer Versicherten.

Gerne berät Sie der Bereich Leistungs- und Gesundheitsmanagement als kompetenter Ansprechpartner, der zudem mit den verschiedenen Dienstleistern des Gesundheitsmarktes (Ärzte, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Hilfsmittelanbieter etc.) in intensivem Kontakt steht. Lassen Sie die Gelegenheit nicht verstreichen, dieses umfangreiche Betreuungs- und Unterstützungsangebot aktiv bei Ihren Kundengesprächen zu bewerben.

Auch Focus Money beurteilte unseren gesundheitsservice360°:

Der gesundheitsservice360° – unser grundsätzlicher Ansatz

Ganz gleich, in welcher Gesundheitssituation sich Ihre krankenvollversicherten Kunden befinden – der gesundheitsservice360° der AXA Krankenversicherung bietet gesunden und erkrankten Kunden attraktive Mehrwerte. Der gesundheitsservice360° unterstützt Ihre Kunden im Präventionsfall, vor allem aber auch bei der Begleitung im Krankheitsfall.



Vorteile des gesundheitsservice360° für gesunde Kunden

Um die Gesundheit und das Wohlergehen Ihrer Kunden langfristig zu erhalten, bietet der gesundheitsservice360° Ihren Versicherten zahlreiche Präventionsangebote, Vorsorge- und Impfschutzmaßnahmen sowie Kostenerstattung für umfangreiche Zahnprophylaxemaßnahmen. Außerdem bieten wir Ihren gesunden Kunden Bonusangebote sowie Betreuungsmöglichkeiten im Ausland an.

Darüber hinaus ist das medizinische Gesundheitsmanagement die Beratungseinheit des gesundheitsservice360°. Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, eine Heilpraktikerin und pharmazeutisch-technische Assistenten bieten professionelle Beratung in allen medizinischen Belangen. Nähere Informationen zu den einzelnen Serviceleistungen erhalten Sie ab Seite 207.

Vorteile des gesundheitsservice360° für erkrankte Kunden

In enger Abstimmung mit den Leistungserbringern verstehen wir uns als Dienstleister und als einzubindende Fachexperten, insbesondere bei der Begleitung im Krankheitsfall. Sowohl die Betreuung chronisch Kranker und Schwerstkranker, als auch eine kompetente Anlaufstelle zur Organisation der Bereitstellung von Hilfsmitteln durch unser Hilfsmittelmanagement gehören zu den Vorteilen des gesundheitsservice360°. Detaillierte Informationen zu den Inhalten dieser Angebote erhalten Sie ab Seite 209.

10 wichtige Fragen zum gesundheitsservice360° – Alles auf einen Blick

1. Wer kann den gesundheitsservice360° in Anspruch nehmen?

Anspruch auf den gesundheitsservice360° haben alle Kunden der privaten Krankenvollversicherung und Krankenversicherte mit Beihilfeanspruch der AXA und der DBV Krankenversicherung, ausgenommen sind Basis- und Standardtarif. Zusatzversicherte können den gesundheitsservice360° nicht in Anspruch nehmen.

2. Seit wann gibt es den gesundheitsservice360°?

Die Bezeichnung gesundheitsservice360° wird seit Juli 2012 kommuniziert. Vorgänger des gesundheitsservice360° ist der Aktive Gesundheits-Service, den es seit dem Jahr 2000 gibt. Seitdem wurden weit über 10.000 Schwersterkrankte und -verletzte begleitet und über 10.000 chronisch Kranke werden aktuell betreut.

3. Was kostet der gesundheitsservice360° den Kunden?

Der gesundheitsservice360° kostet Ihren Kunden keinen Mehrbeitrag, sondern ist eine freiwillige Inklusiv-Leistung, die Ihren Kunden kostenfrei angeboten wird.

4. Welche Leistungen umfasst der gesundheitsservice360°?

Der gesundheitsservice360° bietet z. B. Präventionsangebote zum Erhalt der Gesundheit, qualifizierte medizinische Beratung rund um die Uhr, umfassende Versorgung im Krankheitsfall und Gesundheitsexperten, die sich direkt vor Ort kümmern. Dies ist nur ein kleiner Ausschnitt aus dem Leistungsumfang. Detaillierte Informationen zu den Leistungen finden Sie auf Seite 207 ff.

5. Was habe ich als Vertriebspartner vom gesundheitsservice360°?

Der gesundheitsservice360° ist ein Rundumpaket aus kostenfreien Serviceleistungen, das als zusätzliches Verkaufsargument einer Krankenversicherung von AXA oder DBV genutzt werden sollte. Durch die Unterstützung von gesunden und bereits erkrankten Kunden, sollen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands oder Folgeerkrankungen vermieden werden. Dies trägt zur Abmilderung des Leistungsausgabenanstiegs und damit zu langfristig bezahlbaren Beiträgen bei. Bei Bestandskunden ergeben sich durch die vielfältigen Leistungen zahlreiche Kontaktanlässe.

6. Bieten so was nicht alle Mitbewerber an?

Auch andere Private Krankenversicherer bieten medizinische Serviceleistungen an. Allerdings wissen wir durch unsere Vergleiche, dass die Quantität und Qualität unserer Services einen Spitzenplatz einnehmen und so bei anderen Versicherungen kaum geboten werden.

7. Was heißt 360°?

360° steht für ein Rundumpaket geschnürt aus kostenfreien Serviceleistungen, das über das eigentliche Produkt hinaus einen Mehrwert anbietet – eben rundum.

8. Wie können Ihre Kunden den gesundheitsservice360° kaufen?

Der gesundheitsservice360° steht exklusiv den Kunden von AXA und DBV mit privater Krankenvollversicherung oder Krankenversicherten mit Beihilfeanspruch kostenfrei zur Verfügung. Der Erwerb aller oder einzelner Leistungen des gesundheitsservice360° ohne Krankenvollversicherung von AXA oder Beihilfetarif der DBV ist nicht möglich.

9. Was ist gesundheitsservice360° im Gegensatz zu „Aktiver Gesundheits-Service“?

Die Serviceleistungen des gesundheitsservice360° waren vorher als „Aktiver Gesundheits-Service“ bekannt. Dieser wurde durch weitere Maßnahmen weiterentwickelt und ergänzt und trägt nun den Namen „gesundheitsservice360°“.

10. Wieso werden durch den gesundheitsservice360° Kosten gespart?

Zum Beispiel helfen eine gesunde Lebensführung, der richtige Tipp zur richtigen Zeit, Kooperationen mit ausgewählten Ärzten und Kliniken, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, eine optimale medizinische Betreuung und Behandlung gesund zu bleiben oder das Fortschreiten der Erkrankung und Folgeerkrankungen zu vermeiden. Und für eine Krankenversicherung sind tendenziell gesunde Kunden wirtschaftlich immer günstiger als tendenziell kranke Kunden.

Das Portal gesundheitsservice360° der AXA Krankenversicherung im EVT-Extranet und im Makler-Extranet bietet Ihnen weitere spannende und relevante Informationen zum gesundheitsservice360°. Auf einen Blick erfahren Sie alle Informationen, die Sie für ein gelungenes Verkaufsgespräch mit Ihrem Kunden benötigen. Zudem stehen Ihnen im Portal alle Verkaufsunterlagen zum gesundheitsservice360° zur Verfügung.

Und so gelangen Sie zum Portal gesundheitsservice360° im EVT-Extranet:
Startseite EVT-Extranet ➙ Agenturorganisation ➙ Arbeitsbereich ➙ gesundheitsservice360°

Und so gelangen Sie zum Portal gesundheitsservice360° im AXA Makler-Extranet:
Startseite Makler-Extranet ➙ Krankenversicherung ➙ Produkte ➙ gesundheitsservice360°

Das Portal gesundheitsserivce360° im EVT-Extranet

Das Portal gesundheitsservice360° im Makler-Extranet

Wir sind da, wenn Ihre Kunden uns brauchen – die Kundenansprache des gesundheitsservice360° von AXA

Der gesundheitsservice360° umfasst die vier Dimensionen **Vorsorge, Orientierung, Versorgung** und **Betreuung.** Im Rahmen dieser Dimensionen bietet AXA kostenfreie Services, Maßnahmen und Betreuungsprogramme zum gesundheitlichen Wohl unserer Versicherten.

Ihren gesunden Kunden stehen insbesondere die Dimensionen Vorsorge und Orientierung zur Verfügung, während für bereits erkrankte Kunden die Dimensionen Betreuung und Versorgung von besonderer Bedeutung sind. Alle vier Dimensionen werden im folgenden dargestellt.

Dimensionen des gesundheitsservice360° – Kostenfreie und umfangreiche Gesundheitsservices zum gesundheitlichen Wohl Ihrer Kunden

Vorsorge

Mit individuell abgestimmten Trainings- und Präventionsangeboten können Ihre Kunden ihr Leben aktiv gestalten. Daher bieten wir neben umfassenden Vorsorge-, Zahnprophylaxe- und Impfschutzleistungen auch vielfältige Angebote zu Bewegung und Ernährung an. Neben der körperlichen Leistungsfähigkeit profitiert auch das Portemonnaie davon – denn für gesundheitsbewusstes Verhalten erhalten Ihre Versicherten attraktive Bonuszahlungen.

Services auf einen Blick

- Trainings- und Präventionsangebote
- Vorsorge und Impfschutz
- Zahnprophylaxe
- Bonusleistungen
- Informationen und Hilfestellungen rund um den Pflegefall
- Mehrwerte (Das PLUS von AXA)

Trainings- und Präventionsangebote beugen Gesundheitsproblemen vor

Wer sich körperlich und geistig fit hält, beugt gesundheitlichen Problemen vor. Unsere vielfältigen Präventionsangebote unterstützen Ihre krankenvollversicherten Kunden dabei! Das Beste: Ihre Kunden profitieren davon gleich doppelt. Denn sie tun nicht nur etwas für ihre Fitness und ihr Wohlbefinden, sondern sichern sich dadurch auch zugleich attraktive Vergünstigungen. Im Plus von AXA finden Ihre Kunden vielfältige Vorteilsangebote und Wissenswertes für ein gesundes Leben.

Keine Sorge dank Vorsorge!

Dank regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen können Krankheiten frühzeitig erkannt oder ausgeschlossen werden. AXA übernimmt – im Rahmen des Versicherungsschutzes – die Kosten für folgende Vorsorgeuntersuchungen:

- Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen
- Diabetesvorsorge
- Krebsvorsorge
- Schwangerschaftsvorsorge
- Kinder- und Jugendlichenvorsorge

Somit fördern wir die Gesundheit Ihrer Versicherten, so dass Leistungsausgaben nachhaltig gesenkt werden. Dies trägt letztendlich zur Beitragsstabilisierung bei und kommt allen Versicherten zugute.

Weiterhin tragen wir die Kosten der gängigen Impfprogramme gemäß StIKo*-Empfehlung, wie z. B. Masern, Mumps, Röteln, HPV (Impfung gegen Gebärmutterhals-

* Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut

krebs für Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren), FSME (Impfung gegen Zeckenbiss), Grippe und Hepatitis B.

Die Teilnahme an den gesetzlichen Vorsorgeprogrammen ist jederzeit möglich – in den meisten Tarifen ohne Altersbegrenzung. In einigen Tarifen werden die Kosten hierfür nicht auf den vereinbarten jährlichen Selbstbehalt angerechnet.

Lückenloses Schutzprogramm: die Zahnprophylaxe
Während gesetzlich Versicherte für Zahnersatz immer mehr zahlen müssen, erstatten wir bei regelmäßiger Zahnprophylaxe je nach Tarif bis zu 100 % der Kosten für Zahnersatz. Auch die Prophylaxemaßnahmen sind deutlich umfassender als die der gesetzlichen Krankenkassen. Das bietet so kaum eine andere Versicherung!

Ein weiterer Vorteil für Ihre Kunden:
Attraktive Bonuszahlungen
Gesünder leben zahlt sich aus. In vielen Tarifen belohnen wir gesundheitsbewusstes Verhalten. So haben Ihre Kunden die Möglichkeit, durch eine bewusst gesunde Lebensführung attraktive Bonuszahlungen zu erhalten für:

- Nichtrauchen
- ein gesundes Körpergewicht (Body-Mass-Index zwischen 18,5 und 25)
- Vorlage eines aktuellen Sportabzeichens

Informationen und Hilfestellungen rund um den Pflegefall
Informationen und Hilfestellungen aus der Pflegewelt unterstützen unsere Kunden im Pflegefall und bieten Basiswissen, was bei Eintritt eines Pflegefalls zu tun ist. Außerdem bietet die Pflegewelt von AXA Informationen zu Pflegefallleistungen wie zum Beispiel die Antragstellung auf Pflegeleistungen sowie Wissenswertes zu allen Pflegeleistungen gemäß des Sozialgesetzbuchs V.

Über das Pflegeportal „Pflegewelt von AXA“ können sich Ihre krankenvollversicherten Kunden über Krankheitsbilder wie beispielsweise Angina pectoris, Demenz, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Parkinson, Multiple Sklerose und Lungenkrebs informieren.
Und so gelangen Sie dort hin:
www.axa-pflegewelt.de

Exklusive Vorteile und Vergünstigungen –
Das PLUS von AXA
„Das PLUS von AXA“ ist eine Vorteilswelt, deren Mix aus exklusiven Vorteilen ausgewählter Kooperationspartner sowie informativen Berichten besteht. Mit attraktiven Vergünstigungen, vielseitigen Aktionen sowie interessanten Informationen rund um das Thema Gesundheit. „Das PLUS von AXA“ bietet jede Menge Ideen und Preisvorteile für mehr Lebensqualität und Lebensfreude. Zum Beispiel:

- Vergünstigungen und Sparmöglichkeiten: z. B. im 5-Sterne-Wellness-Hotel, bei einer Gesundheitsreise oder im Fitness-Studio
- Abwechslungsreiche Aktionen: z.B. Stress abbauen und Gesundheit stärken und sparen, Kuren
- Ideen für Gesundheit, Vitalität und Erlebnislust: z. B. durch qualifizierte Personal-Trainer mit intensiver Beratung und individuellen Trainingshinweisen in exklusiven 1 : 1-Trainings
- Interessante Partnerangebote: z. B. hochwertige und modische Brillen, Brillengläser, Sonnen- und Lesebrillen sowie Kontaktlinsen und Zubehör mit interessanten Rabatten und weitere Angebote zu Alltagshilfen.

Die Vorteilswelt mit attraktiven Vergünstigungen, vielseitigen Aktionen und interessanten Informationen. Genießen auch Sie die attraktiven Vorteile aus dem **„PLUS von AXA“** – ganz einfach online über die Startseite von **AXA.de** unter **„Kundenservice“.**

Orientierung

Unter unserer Medizinischen Hotline erreichen Ihre Kunden rund um die Uhr hochqualifizierte Ansprechpartner. Wenn sich Ihre Kunden über geeignete Spezialisten wie Ärzte, Zahnärzte oder Kliniken informieren möchten, bieten wir ihnen zusätzlich eine Suchfunktion im Internet.

Services auf einen Blick:

- Medizinische Beratung zu allen Gesundheitsfragen, z. B. mittels Medizinischer Hotline, die rund um die Uhr erreichbar ist
- Direkte Onlineangebote, z. B. eine Suchfunktion für Arzt-, Zahnarzt-, Facharztpraxen und Fachkliniken
- Arzneimittel-Check

Medizinische Hotline – immer eine gute Wahl
Ob zum Thema Vorsorge, Therapien, Diagnosen, Kliniken oder Arztpraxen – über unsere Medizinische Hotline stehen kompetente Mitarbeiter für alle Fragen zur Gesundheit Ihrer Kunden rund um die Uhr telefonisch zur Verfügung.

Medizinische Hotline
Sie haben Fragen?
Dann rufen Sie uns gerne an:
0221 148-41444

Direktes Onlineangebot sorgt für optimale Suchfunktion von Ärzten
Die Möglichkeit der Online-Spezialistensuche auf den Seiten des gesundheitsservice360° im Internet (verfügbar unter: www.axa.de/partnernetzwerke) unterstützt Ihre Kunden bei der Suche nach geeigneten Ärzten und Therapieeinrichtungen.

Arzneimittel-Check – unser Rezept für mehr Überblick
Eine hohe Qualität der medikamentösen Versorgung steht bei uns an erster Stelle. Mit unserem individuellen Arzneimittel-Check helfen wir Ihren Kunden, den nötigen Überblick über die einzunehmenden Arzneimittel zu bewahren. Wir informieren sie über die richtige Anwendung der ärztlich verordneten Medikamente und unterstützen einen erfolgreichen Verlauf der Therapie. Ob zur Einnahme und zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen von Arzneimitteln oder zu schwer verständlichen Fachausdrücken in der Packungsbeilage – wir beraten fachmännisch und kompetent. Gern informieren wir Ihre Kunden auch über die Bezugsmöglichkeiten von Arzneimitteln.

Versorgung

Wir helfen Ihren Kunden, ihre Erkrankung schnell in den Griff zu bekommen und sind auch im Ausland für sie da. Benötigte Hilfsmittel organisieren wir von der Bestellung bis zur Lieferung. Besondere Unterstützung erhalten darüber hinaus Versicherte, die chronisch erkranken. Ihre Kunden profitieren von kostenloser Betreuung durch medizinisch ausgebildete Mitarbeiter, von unseren Kooperationen mit erstklassigen Fachärzten, Kliniken und von begleitenden therapeutischen Maßnahmen.

Services auf einen Blick:
- Patientenbegleitung für chronisch Kranke
- Patientenbegleitung für an Krebs erkrankte Kunden
- Hilfsmittelmanagement, z. B. Organisation der Bestellung, Bezahlung, Lieferung oder Abholung eines Hilfsmittels
- Auslandsbetreuung, z. B. direkte Suche nach qualifizierter medizinischer Beratung bei Erkrankung oder Unfall im Ausland
- Kooperationen mit Kliniken und Ärzten

Patientenbegleitung – Hilfe für chronisch Kranke
Wer chronisch erkrankt, benötigt Unterstützung, die dauerhaft hilft. Das Einverständnis Ihrer Kunden vorausgesetzt, betreuen wir diese im Rahmen unserer speziellen Patientenbegleitung bei den Indikationen Asthma bronchiale, COPD, Diabetes mellitus Typ II und Herzerkrankungen. Ihre krankenvollversicherten Kunden profitieren von einer umfassenden Betreuung und werden im Umgang mit ihrer Erkrankung im besonderen Maße durch medizinisch ausgebildete Mitarbeiter unterstützt. Wir unterstützen Ihre Kunden zum Beispiel durch:
- Hilfe im Umgang mit der Erkrankung. So können Symptome frühzeitig erkannt und richtig gedeutet werden.
- Versorgung mit den zur Behandlung erforderlichen medizinischen Artikeln
- individuelle fachliche Beratung zur Verbesserung der Versorgungssituation
- Informationen über ärztlich geleitete Schulungsmöglichkeiten und auf die jeweiligen Krankheitsbilder spezialisierte Praxen
- Bereitstellung von Fachinformationen

Patientenbegleitung für chronisch Kranke
Fallbeispiel Herzerkrankung
Was war passiert?
Friedrich H., 49 Jahre, hatte Übergewicht und regelmäßig Beschwerden mit dem Herzen. Anhand der bei uns eingegangenen und analysierten hausärztlichen Diagnosen und des Medikamentenbezuges empfahlen wir das Programm von AXA zur Patientenbegleitung.

Wie unterstützte AXA?
Unser Angebot bietet dem Patienten – neben der hausärztlichen Betreuung – einen kostenlosen Check und eine regelmäßige erkrankungsspezifische Behandlung in seiner Nähe bei unseren renommierten Fachspezialisten aus dem Bereich der Kardiologie. Die leitlinienorientierte Untersuchung des Kunden zeigte entgleiste Cholesterinwerte und Auffälligkeiten in der Elektrokardiographie (EKG). Nach verschiedenen Untersuchungen wurde die Diagnose einer koronaren Herzerkrankung gestellt. Es wurde ein Behandlungsplan entsprechend den Versorgungsleitlinien für koronare Herzerkrankungen erstellt und die vereinbarten Therapieziele wurden begleitet.

Heutige Situation des Kunden
Heute hat sich die körperliche Verfassung des Kunden gebessert. Die Gefahr von Folgeerkrankungen konnte auf ein Minimum reduziert werden.

Patientenbegleitung – Hilfe für an Krebs erkrankte Kunden
Wir begleiten Ihre Kunden, Ärzte und Kliniken mit Eintritt eines Akutereignisses und stationärer Behandlung bei folgenden Diagnosen:
- Brustkrebs
- Darmkrebs
- Prostatakrebs
- Magenkrebs
- Lungenkrebs
- Ovarial- und Gebärmutterhalskrebs

Die Vorteile für Ihre Kunden:
- Persönlicher Ansprechpartner
- Intensiver Kontakt zum Kunden, Angehörigen und den Ärzten
- Beratung zum Umfang der versicherten Leistungen
- Unterstützung beim Lesen und Verstehen medizinischer Befunde
- Infos über Fachkliniken und Ärzte

Hilfsmittelmanagement – die Stütze bei der Auswahl und Beschaffung
Wenn Ihre Kunden ein Hilfsmittel – zum Beispiel ein Inhaliergerät oder einen Rollstuhl – benötigen, kümmern wir uns gern darum. Auf Wunsch übernehmen wir die komplette Organisation: Bestellung, Bezahlung, Lieferung oder auch Abholung.

Die besonderen Vorteile: Wir kooperieren mit bundesweit tätigen Anbietern, die bei Ihren Kunden eine Vorortbetreuung und -beratung durchführen. Diese bekommen ihre Hilfsmittel direkt nach Hause und werden bei Bedarf mit der Benutzung vertraut gemacht – einfacher geht es nicht!
- Gerne rechnen wir mit dem Hilfsmittelausstatter bzw. -lieferanten direkt ab.
- Wir vergleichen die Preise am Markt. Falls eine Eigenbeteiligung vereinbart wurde, kann dadurch viel Geld gespart werden.

Das Hilfsmittelmanagement sorgt für zahlreiche Vorteile und kommt somit allen Versicherten zugute. Neben einer optimalen Organisation der Bereitstellung von Hilfsmitteln für Ihre Kunden werden Kosten eingespart. Dies führt letztendlich zur Beitragsstabilisierung.

Haben Sie oder Ihre Kunden Fragen zum Hilfsmittelmanagement?
Dann rufen Sie uns gerne an:
0221 148-36833

Hilfsmittelmanagement
Fallbeispiel Schlafapnoe
Was war passiert?
Helga R. ist besorgt wegen des Schnarchens ihres Mannes – sie beobachtet während des Schlafes bei ihm kurze „Atemaussetzer“. Durch den so wenig erholsamen Schlaf ist Gerd R. tagsüber häufig müde und unkonzentriert.
Sein Arzt empfiehlt ihm die Therapie mit einem Schlafapnoegerät.

Wie unterstützte AXA?
AXA organisiert unkompliziert die Beschaffung, Anpassung und Erstattung des Hilfsmittels. Auch Reparatur und Wartung erfolgen schnell und einfach durch unseren Kooperationspartner.

Heutige Situation des Kunden
Das Hilfsmittel verhindert die Atemaussetzer: Gerd und Helga R. können wieder entspannt durchschlafen.

Auslandsbetreuung – unsere Hilfe reist mit
Eine Erkrankung oder ein Unfall im Ausland können schnell zum finanziellen Problem werden. Denn oft verlangen die Ärzte und Krankenhäuser dort eine Anzahlung oder sogar die sofortige Begleichung der kompletten Behandlungsrechnung. Ihre Kunden müssen das Geld also erst einmal vorstrecken. Dabei sind die Behandlungen oft um ein Vielfaches teurer als in Deutschland, die Preisgestaltung erfolgt ohne ein verbindliches Gebührenverzeichnis und ist deshalb kaum nachvollziehbar. Genau hier setzt der gesundheitsservice360° von AXA an. Folgende Services stehen Ihren Kunden weltweit zur Verfügung:
- Suche nach qualifizierter medizinischer Betreuung
- Unterstützung im Kontakt mit den behandelnden Ärzten
- deutschsprachiger 24-Stunden-Kundenservice
- Erstattungszusage und Direktabrechnung mit dem Krankenhaus
- Unterstützung und Organisation medizinisch notwendiger Krankenrücktransporte

Auslandsbetreuung inkl. Auslandsnotruf
Beratung zur Erstattung von Krankheitskosten im Ausland oder zu Auslandsreisen:
0221 148-36505
Auslandsbetreuung@axa-assistance.de

Kooperationen mit Kliniken und Ärzten bieten zahlreiche Vorteile
Kooperierende Kliniken bieten Ihren Kunden eine schnelle Terminvergabe, zügiges Entlassungsmanagement in weiterbehandelnde Kliniken oder zum Hausarzt sowie in aller Regel Patientenzimmer mit einem verbesserten Komfort.

Betreuung

Im Fall einer schweren Krankheit oder Unfallverletzung hilft ein persönlicher Ansprechpartner, den Therapieablauf zu planen. Die bessere Verknüpfung von Leistungen und die sorgfältige Organisation der Behandlung und der Nachsorge führen zu schnelleren Heilungserfolgen und erleichtern den Umgang mit der Erkrankung.

Services auf einen Blick:
- Patientenbegleitung für schwerwiegende Erkrankungen oder Verletzungen
- Patientenbegleitung für akutneurologische Erkrankungen
- Patientenbegleitung für chronisch neurologische Erkrankungen
- Patientenbegleitung für Suchterkrankungen
- Koordination therapeutischer Maßnahmen
- Unterstützung bei Behandlung und Nachsorge

Patientenbegleitung für schwerwiegende Erkrankungen – umfangreiche Hilfe, wenn sie am meisten gebraucht wird
Im Fall einer schwerwiegenden Erkrankung oder Verletzung hilft unsere Patientenbegleitung mit einer intensiven Rundum-Betreuung: Von der Auswahl einer geeigneten Therapieeinrichtung bis zur Erarbeitung eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes sind wir als Ansprechpartner für Ihre Kunden da. Durch eine sorgsame Planung und Organisation des Therapieablaufes lassen sich bessere Heilungserfolge bzw. eine spürbare Steigerung der Lebensqualität erzielen. Gemeinsam mit den Kunden, deren Angehörigen und den ihnen vertrauten Ärzten unterstützen wir die Behandlung Ihrer Versicherten. So können sich Ihre Kunden voll und ganz darauf konzentrieren, wieder gesund zu werden.

Die Patientenbegleitung von AXA bietet u.a. Hilfe bei folgenden Krankheitsbildern:
- Schlaganfall und Hirnblutung
- schwere Unfallverletzungen
- Demenz
- Essstörungen
- Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
- Bluter
- HIV
- Dialysepflichtige Niereninsuffizienz
- Transplantationen

Patientenbegleitung für schwerwiegende Erkrankungen
Fallbeispiel **Bluter**
Was war passiert?
Der Sohn eines Versicherungsnehmers kam als Bluter zur Welt. Die Hämophilie ist eine Erbkrankheit, bei der die Blutgerinnung gestört ist. Die Therapie dieser versicherten Person besteht darin, prophylaktisch den fehlenden Faktor zu substituieren. Es fallen jeden Monat erhebliche Kosten an.

Wie unterstützte AXA?
Steuerung an einen entsprechenden Medikamentenhersteller. Die anfallenden Kosten, die sich monatlich auf über 20.000 Euro belaufen, werden direkt an den Hersteller überwiesen.

Heutige Situation des Kunden
Dank der medikamentösen Therapie kann das nunmehr sechsjährige Kind ein relativ normales Leben führen. Die monatlich anfallenden Kosten werden seitens des Herstellers direkt mit AXA abgerechnet.

Patientenbegleitung für akutneurologische Erkrankungen
Fallbeispiel **Schlaganfall**
Was war passiert?
Herr M., geb. 1965, erlitt einen schweren Schlaganfall. Bei Einlieferung im Akutkrankenhaus war er weder ansprechbar noch konnte er sich bewegen. Er musste künstlich beatmet werden und wurde auf der Intensivstation behandelt.

Wie unterstützte AXA?
- Organisation der Verlegung in eine entsprechende Fachklinik
- Begleitung und Abstimmung des Therapieverlaufs während des 9-monatigen stationären Aufenthaltes, in Absprache mit der Lebensgefährtin
- Planung der Entlassung von Herrn M. in eine geeignete Wohneinrichtung/Pflegeeinrichtung
- Organisation/Bereitstellung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Beatmungsgeräte, Rollstuhl)
- Direktabrechnung der erforderlichen Hilfsmittel mit dem Sanitätshaus

Heutige Situation
Herr M. ist schwerstpflegebedürftig und wird in einer speziellen Wohneinrichtung betreut. Die tägliche Versorgung wird von einem Pflegedienst durchgeführt.

Patientenbegleitung für chronisch neurologische Erkrankungen
Fallbeispiel **Querschnittsverletzung**
Was war passiert?
Thomas A., geb. 1964, unverheiratet, verunglückte lebensgefährlich bei einer nächtlichen Fahrradfahrt.
Er wurde mit einer Querschnittsverletzung (Halbseitenlähmung links und Beeinträchtigung rechte Seite) in eine Klinik eingewiesen.

Wie unterstützte AXA?
- Begleitung des 5-monatigen Aufenthaltes; in welchem der Versicherungsnehmer das Selbstkatheterisieren, Transfermaßnahmen (Bett/Rollstuhl), Greifen der rechten Hand etc. erlernte
- Ständiger Kontakt mit der Schwester
- Organisation der Verlegung in ein spezialisiertes Reha-Zentrum inkl. Transport in Absprache mit der Schwester
- Nach einjährigem stationärem Aufenthalt und ständiger Begleitung durch AXA wurde der Versicherungsnehmer nach Hause entlassen
- Planung der Entlassung von Thomas A. nach Hause (insbesondere in Zusammenarbeit mit der Pflegepflichtabteilung der AXA Krankenversicherung)
- Organisation/Bereitstellung geeigneter Hilfsmittel (Rollstuhl, Pflegebett u. a.)

Heutige Situation des Kunden
Herr A. lebt alleine zu Hause und ist auf einen Rollstuhl angewiesen. Er erfährt die Hilfe durch eine Pflegekraft, die in seinem Haus lebt. Auch sein Freundeskreis ist stark involviert und integriert ihn in den Alltag.

Patientenbegleitung für Suchterkrankungen
Fallbeispiel **Alkohol- und Tablettenabhängigkeit**
Was war passiert?
Ein Versicherter leidet seit Jahren an schweren Depressionen mit Angst- und Zwangsstörungen. Trotz vermehrten stationären Behandlungen konnte keine Besserung erreicht werden. Es stellte sich heraus, dass sich eine Alkohol- und Tablettenabhängigkeit entwickelt hatte. Verlust des Arbeitsplatzes und der Wohnung drohte.

Wie unterstützte AXA?
- Einleitung und Organisation einer stationären Entwöhnungsmaßnahme in entsprechender Fachklinik
- Abklärung der Zahlungsmodalitäten – Kulanzleistung – erfolgte direkt mit der Klinik
- telefonische Kontakte mit dem Versicherungsnehmer während der stationären Entwöhnungsmaßnahme
- nach Entlassung Unterstützung bei der ambulanten Nachsorgebehandlung

Heutige Situation
Ambulante Psychotherapie wird regelmäßig durchgeführt. Regelmäßiger Besuch einer Selbsthilfegruppe. Telefonischer Kontakt mit der Patientenbegleitung von AXA besteht weiterhin.

Optimale Koordination & Unterstützung bei Behandlung und Nachsorge sorgt für optimale Versorgung Ihrer Kunden
Wir organisieren beispielsweise:
- neurologische Rehabilitationsmaßnahmen
- stationäre Entwöhnungsbehandlungen
- Dialysebehandlungen

Außerdem unterstützen wir Ihre Kunden im Kontakt mit den behandelnden Ärzten, beispielsweise bei der Organisation einer ambulanten Nachsorgebehandlung. Zudem bieten wir eine intensive Betreuung über einen persönlichen Ansprechpartner vor Ort, um Ihre Kunden beispielsweise bei der Suche nach geeigneten Wohn- und Pflegeeinrichtungen zu unterstützen.

Tarifmöglichkeiten im Überblick

	Tarif	Seite
Gesetzliche Pflegepflichtversicherung	PVN	215
	PVB	216
Besonderheiten/ Absicherungsmöglichkeiten		217
Private Pflegezusatzversicherung		
Pflegemonatsgeld	Pflegevorsorge Flex-U	218
Assistanceleistungen	Pflegevorsorge Akut-U	220

Wichtig

Die folgenden Tarifauszüge beschränken sich auf die wesentlichen Leistungsaussagen. Eine umfassende und detaillierte Beschreibung der Leistungen und Leistungsbegrenzungen siehe AVB.

Pflegepflichtversicherung Privatwirtschaft

Auch privat krankenvollversicherte Personen müssen eine Pflegepflichtversicherung abschließen. Der Versicherungsschutz ist gesetzlich vorgeschrieben und verbandseinheitlich.

Tarifauszug: PVN

Häusliche Pflege

Bei Pflegebedürftigkeit werden die Kosten für die Pflege durch eine Fachkraft erstattet oder ein Pflegegeld für die Pflege durch Laien (Verwandte/Freunde) gezahlt. Die monatlichen Höchstsätze sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt:

Pflege durch	**Pflegestufe I**	**Pflegestufe II**	**Pflegestufe III**
eine Fachkraft:	450 EUR	1.100 EUR	1.550 EUR*
Laien:	235 EUR	440 EUR	700 EUR

Bei erheblichem Betreuungsbedarf, wie z. B. bei Demenz, erhöhen sich diese Höchstsätze bis Stufe II:

Pflege durch eine	**ohne Pflegestufe**	**Pflegestufe I**	**Pflegestufe II**	**Pflegestufe III**
Fachkraft:	225 EUR	665 EUR	1.250 EUR	1.550 EUR*
Laien:	120 EUR	305 EUR	525 EUR	700 EUR

* in Härtefällen bis 1.918 Euro

Bei der Pflege durch Laien, die nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind, werden Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt. Außerdem besteht Schutz in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Wichtig
Pflegeleistungen müssen bei der AXA Krankenversicherung beantragt werden.

Bei **Verhinderung einer Pflegeperson,** z. B. durch Urlaub, sind Leistungen bis 1.550 Euro je Kalenderjahr vorgesehen. Erstattung der Kosten für **teilstationäre Pflege** – je nach Pflegestufe – bis zu 450, 1.100 und 1.550 Euro.
Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (z. B. bei Demenz) erhalten zusätzlich 110 Euro bis 200 Euro für Betreuungsleistungen.

Stationäre Pflege

Die Kosten für Pflege in Pflegeheimen werden **– je nach Pflegestufe –** bis monatlich 1.023, 1.279 und 1.550 Euro erstattet (in Härtefällen bis 1.918 Euro).

Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung werden **nicht** übernommen.

Achtung: Die hier beschriebenen Leistungen stellen nur einen Ausschnitt dar. Weitere Informationen finden Sie im Kapitel Stichwortverzeichnis unter **Pflegeversicherung – Leistungen im Pflegefall.**

Hinweis
Die gesetzlich vorgeschriebene Pflegepflichtversicherung stellt nur eine Grundabsicherung dar und sollte unbedingt durch eine private Pflegezusatzversicherung ergänzt werden; siehe ab Seite 218 ff.
Höchstbeiträge zur Pflegepflichtversicherung siehe Kapitel **Allgemeines.**

PVN (monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**
bis 19	14,55	31	20,11	43	29,75	55	47,99	67	87,49
20	14,91	32	20,72	44	30,85	56	50,17	68	92,71
21	15,29	33	21,35	45	32,02	57	52,48	69	98,40
22	15,69	34	22,02	46	33,24	58	54,96	70	104,60
23	16,10	35	22,72	47	34,54	59	57,61	71	111,36
24	16,53	36	23,45	48	35,90	60	60,45	72	118,74
25	16,98	37	24,22	59	37,35	61	63,51	73	126,79
26	17,45	38	25,03	50	38,87	62	66,79	74	135,56
27	17,94	39	25,88	51	40,49	63	70,32	75	145,11
28	18,44	40	26,77	52	42,21	64	74,13		
29	18,98	41	27,71	53	44,02	65	78,24		
30	19,53	42	28,70	54	45,95	66	82,68		

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge bei der AXA Krankenversicherung angefragt werden.

Pflegepflichtversicherung für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge

Seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung müssen auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge eine Pflegepflichtversicherung abschließen.

Tarifauszug: PVB

Häusliche Pflege (Leistungen inkl. Beihilfeanspruch)

Bei Pflegebedürftigkeit werden die Kosten für die Pflege durch eine Fachkraft erstattet oder ein Pflegegeld für die Pflege durch Laien (Verwandte/Freunde) gezahlt. Die monatlichen Höchstsätze sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt:

Pflege durch	**Pflegestufe I**	**Pflegestufe II**	**Pflegestufe III**
eine Fachkraft:	450 EUR	1.100 EUR	1.550 EUR*
Laien:	235 EUR	440 EUR	700 EUR

Bei erheblichem Betreuungsbedarf, wie z. B. bei Demenz, erhöhen sich diese Höchstsätze bis Stufe II:

Pflege	**ohne**	**Pflegestufe**	**Pflegestufe**	**Pflegestufe**
durch eine	**Pflegestufe**	**I**	**II**	**III**
Fachkraft:	225 EUR	665 EUR	1.250 EUR	1.550 EUR*
Laien:	120 EUR	305 EUR	525 EUR	700 EUR

* in Härtefällen bis 1.918 Euro

Bei der Pflege durch Laien, die nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind, werden Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt. Außerdem besteht Schutz in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Bei Verhinderung einer Pflegeperson, z. B. durch Urlaub, sind Leistungen bis 1.550 Euro je Kalenderjahr vorgesehen. Erstattung der Kosten für teilstationäre Pflege – je nach Pflegestufe – bis zu 450, 1.100 und 1.550 Euro.
Pflegebedürftigkeit mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (z. B. bei Demenz) erhalten zusätzlich 110 Euro bis 200 Euro für Betreuungsleistungen.

Stationäre Pflege (Leistungen inkl. Beihilfeanspruch)

Die Kosten für die Pflege in Pflegeheimen werden bis monatlich 1.023, 1.279 und 1.550 Euro erstattet (in Härtefällen bis 1.918 Euro).
Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung sind unter Berücksichtigung von Eigenanteilen, die abhängig von der Besoldungsgruppe und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind, beihilfefähig.

Achtung: Die hier beschriebenen Leistungen stellen nur einen Ausschnitt dar. Weitere Informationen finden Sie im Kapitel Stichwortverzeichnis unter Pflegeversicherung – Leistungen im Pflegefall.

Wichtig
Pflegeleistungen müssen bei der AXA Krankenversicherung beantragt werden.

Hinweis
Die gesetzlich vorgeschriebene Pflegepflichtversicherung stellt nur eine Grundabsicherung dar und sollte unbedingt durch eine private Pflegekosten- oder Pflegezusatzversicherung ergänzt werden; siehe ab Seite 218 ff.
Höchstbeiträge zur Pflegepflichtversicherung siehe Kapitel Allgemeines.

PVB (monatlicher Beitrag in EUR)**

Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**
bis 19	7,92	31	9,84	43	13,16	55	19,57	67	33,57
20	8,06	32	10,05	44	13,55	56	20,34	68	35,43
21	8,19	33	10,26	45	13,95	57	21,17	69	37,47
22	8,33	34	10,49	46	14,38	58	22,05	70	39,69
23	8,47	35	10,73	47	14,83	59	22,99	71	42,12
24	8,62	36	10,98	48	15,31	60	24,00	72	44,78
25	8,77	37	11,25	59	15,82	61	25,08	73	47,69
26	8,93	38	11,52	50	16,35	62	26,24	74	50,87
27	9,10	39	11,82	51	16,92	63	27,49	75	54,34
28	9,27	40	12,13	52	17,52	64	28,83		
29	9,45	41	12,45	53	18,16	65	30,29		
30	9,64	42	12,80	54	18,84	66	31,86		

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge bei der AXA Krankenversicherung angefragt werden.
** Der monatliche Beitrag ist unabhängig von der Höhe des Beihilfeanspruchs.

Pflegepflichtversicherung

Nachfolgend geben wir einen Überblick über die Besonderheiten verschiedener Personengruppen.

Kappung auf den Höchstbeitrag

Eine Kappung auf den GKV-Höchstbeitrag* kann nach 5-jähriger ununterbrochener Versicherungslaufzeit bei einem PKV-Unternehmen nach Tarif PVN/PVB oder in der privaten Krankenvollversicherung erfolgen.
Bei Übertritt aus einer GKV kann die Kappung erst nach 5 Jahren erfolgen.

Übertragungswertbescheinigung

Seit dem 01.01.2009 können PKV-Wechsler ihre angesammelten Alterungsrückstellungen aus der Pflegepflichtversicherung mitnehmen. Dies gilt sowohl für Versicherte in Tarifen der alten Welt als auch für Versicherte der neuen Welt. Dazu muss die Übertragungsbescheinigung vom Vorversicherer vorgelegt werden.

Absicherung eines nicht berufstätigen Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners

Ein Ehegatte/eingetragener Lebenspartner muss seit 01.01.1995 ununterbrochen nach Tarif PVN/PVB privat pflegepflichtversichert sein. Sein Ehegatte/Lebenspartner muss auch nach Tarif PVN/PVB privat pflegepflichtversichert sein – dies kann auch nach dem 01.01.1995 erfolgt sein. Ein Ehegatte/Lebenspartner darf nachweislich über kein Einkommen oder nur über ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen unterhalb der Einkommensgrenze* verfügen. Diese Regelung greift auch dann, wenn die Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner bei unterschiedlichen PKV-Unternehmen versichert sind.

Sofern eine Beitragskappung* für das Paar auf 150 % des GKV-Höchstbeitrages möglich ist, entnehmen Sie bitte die gültigen Sätze der Tabelle im Kapitel **Allgemeines.**

Nachfolgende Unterlagen müssen für eine Ehegattenkappung vorgelegt werden.

- ein Ehegatte/eingetragener Lebenspartner:
  aktueller Nachweis zur Vorversicherung der privaten Pflegepflichtversicherung ab 01.01.1995 bis heute ununterbrochen
- der andere Ehegatte/eingetragener Lebenspartner:
  schriftlicher Nachweis, dass dieser über kein Einkommen oder über ein Einkommen unterhalb der Einkommensgrenze* verfügt.

Absicherung eines Kindes

Kinder sind in der privaten Pflegepflichtversicherung unter folgenden Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert:

- Mindestens ein Elternteil ist privat pflegepflichtversichert
  Besteht die private Pflegepflichtversicherung (PPV) eines Elternteiles bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen, so ist ein aktueller PPV-Nachweis mit Nennung des PPV-Beginns und einem „laufend ungekündigten PPV-Versicherungsschutz“ vorzulegen.
  Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsschutz des Kindes bei uns vor dem Beginn der Eltern liegt.
  Kann kein aktueller PPV-Nachweis vorgelegt werden, so muss für den Zeitraum, im dem das Kind alleine privat versichert ist, für das Kind der Beitrag für Tarif PVN/PVB erhoben werden.
- Das Kind darf über kein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen über der Einkommensgrenze* verfügen.
- Mitversicherte Kinder ab dem 23. bis zum 25. Geburtstag dürfen nicht erwerbstätig sein und müssen sich noch in einer Schul-, Hochschul- oder Berufsausbildung befinden.

Nachfolgende Unterlagen benötigen wir bei Antragstellung.

- Kinder unter 18 Jahren:
  – Beantwortung der Einkommensfrage
- Kinder ab 18 Jahren bis zum 23. Geburtstag:
  – Beantwortung der Einkommensfrage
- Kinder ab 23 Jahren bis zum 25. Geburtstag:
  – Beantwortung der Einkommensfrage
  – Schriftliche Aussage, dass sich das Kind noch in Schul-, Hochschul- oder Berufsausbildung befindet

Eine Verlängerung der Beitragsfreiheit ist möglich, sofern Zeiten eines Wehr- oder Ersatzdienstes nachgewiesen werden.

* Grenzwerte und Bemessungsgrenzen siehe Seite 6

Pflegevorsorge Flex-U

Individuelles Pflegemonatsgeld für die Pflegestufen I, II und III.

Tarifauszug: Pflegevorsorge Flex1-U, Flex2-U, Flex3-U

Mit den Tarifstufen Flex1-U, Flex2-U und Flex3-U können Sie ein monatliches Pflegegeld für Pflegestufe I, II und III individuell absichern.

Erstattung Pflegevorsorge Flex1-U

100 % des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes, wenn Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) vorliegt.

20 % des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes, wenn ein erheblicher Betreuungsbedarf vorliegt (z. B. Demenz) und noch keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I, II oder III.

Erstattung Pflegevorsorge Flex2-U

100 % des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes, wenn Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) vorliegt.

Erstattung Pflegevorsorge Flex3-U

100 % des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes, wenn Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) vorliegt.

Leistungen in allen Tarifstufen

- Beitragsfreiheit im Pflegefall
  Liegt eine Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I vor, sind keine Beiträge mehr zu zahlen.
- Keine Wartezeiten
  Das vertraglich vereinbarte Pflegegeld wird ab dem ersten Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit gezahlt, wenn uns spätestens am 42. Tag nach der Feststellung ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit vorliegt.
- Monatliche Vorauszahlung
  Das vereinbarte Pflegegeld wird monatlich im voraus gezahlt.
- Stets ein komplettes Monatsgeld
  Liegt die Pflegebedürftigkeit keinen ganzen Monat vor, so wird dennoch ein komplettes monatliches Pflegegeld gezahlt. Es erfolgt keine tageweise Abrechnung der Leistung.
- Europageltung
  Sie erhalten das monatliche Pflegegeld auch im europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz.
- Kindernachversicherung
  Neugeborene können innerhalb von zwei Monaten ab dem Tag der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten nachversichert werden. Das versicherte Pflegegeld kann bis zur Höhe des versicherten Betrags der Eltern individuell gewählt werden.
- Dynamik
  Bis zur Vollendung des 66. Lebensjahres erhöhen wir das monatliche Pflegegeld ohne Gesundheitsprüfung alle drei Jahre um 10 % ; erstmals zum 01.07. des vierten Versicherungsjahres, wenn die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 21. Lebensjahr vollendet hat. Auch wenn der Pflegefall eingetreten ist, erhält die versicherte Person noch einmal das Dynamikangebot. Der Erhöhung kann widersprochen werden. Wird zwei aufeinander folgenden Erhöhungen widersprochen, entfällt der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen.
- Option auf Höherversicherung
  Der Versicherte kann zu bestimmten Anlässen ohne erneute Gesundheitsprüfung das vereinbarte monatliche Pflegegeld um bis zu 500 Euro erhöhen, sofern die versicherte Person das 66. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und kein Pflegeantrag gestellt wurde. Anlässe sind:
  - Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung
  - Beruflicher Statuswechsel
  - Geburt eines Kindes
  - Beginn der Berufsausbildung eines Kindes
  - Darüber hinaus zu Beginn des sechsten Versicherungsjahres, wenn der Versicherungsschutz fünf Jahre ununterbrochen bestanden hat und nicht im Rahmen einer Kindernachversicherung abgeschlossen wurde.
  - Im Rahmen der Option kann auch eine evtl. noch nicht vorhandene Absicherung für Pflegestufe I und/oder II ergänzt werden.

Mindestpflegegeld: 100 Euro pro Monat
Höchstpflegegeld: 2.250 Euro pro Monat für Flex1-U, 4.500 Euro pro Monat für Flex2-U und Flex3-U. Das monatliche Pflegegeld muss mit zunehmender Pflegestufe aufsteigen oder gleich bleiben. D. h.: Pflegegeld Stufe 1 ≤ Pflegegeld Stufe 2 ≤ Pflegegeld Stufe 3

Hinweis

Aufnahme und Versicherungsfähigkeit
Voraussetzung für die Aufnahme ist, dass eine Pflegepflichtversicherung in Deutschland besteht. Versicherungsfähig sind Personen, die in Deutschland pflegepflichtversichert sind oder waren – d. h. bei Kündigung der Pflegepflichtversicherung aufgrund eines Wegzuges aus Deutschland bleibt der Vertrag bestehen. Ab Vollendung des 66. Lebensjahres ist ein ärztliches Zeugnis für Pflegeergänzungsversicherungen erforderlich.
Weitere sinnvolle Ergänzungen, z. B.: Pflegevorsorge Akut-U

Flex1-U, Flex2-U, Flex3-U – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR je 100 EUR monatliches Pflegegeld

Alter*	**Flex1-U**	**Flex2-U**	**Flex3-U**	Alter*	**Flex1-U**	**Flex2-U**	**Flex3-U**
0 – 14	0,19	0,13	0,11	47	2,44	2,10	0,94
15 – 19	0,19	0,13	0,11	48	2,54	2,19	0,98
20	0,94	0,82	0,37	49	2,65	2,28	1,02
21	0,97	0,85	0,38	50	2,77	2,38	1,06
22	1,00	0,87	0,39	51	2,90	2,49	1,11
23	1,03	0,90	0,40	52	3,03	2,61	1,16
24	1,06	0,93	0,42	53	3,18	2,73	1,22
25	1,10	0,96	0,43	54	3,33	2,86	1,27
26	1,13	0,99	0,44	55	3,49	3,00	1,34
27	1,17	1,02	0,46	56	3,67	3,15	1,40
28	1,21	1,05	0,47	57	3,86	3,31	1,47
29	1,25	1,09	0,49	58	4,06	3,48	1,55
30	1,29	1,12	0,50	59	4,28	3,67	1,63
31	1,34	1,16	0,52	60	4,51	3,87	1,72
32	1,38	1,20	0,54	61	4,77	4,09	1,81
33	1,43	1,24	0,56	62	5,04	4,33	1,92
34	1,48	1,29	0,57	63	5,34	4,58	2,03
35	1,54	1,33	0,59	64	5,67	4,86	2,15
36	1,59	1,38	0,62	65	5,87	5,03	2,23
37	1,65	1,43	0,64	66	6,24	5,36	2,37
38	1,71	1,48	0,66	67	6,65	5,71	2,52
39	1,78	1,53	0,68	68	7,11	6,10	2,69
40	1,84	1,59	0,71	69	7,61	6,54	2,88
41	1,91	1,65	0,74	70	8,16	7,01	3,09
42	1,99	1,72	0,77	71	8,77	7,55	3,32
43	2,07	1,78	0,80	72	9,46	8,14	3,58
44	2,15	1,86	0,83	73	10,22	8,81	3,87
45	2,24	1,93	0,86	74	11,08	9,56	4,20
46	2,34	2,01	0,90	75	12,04	10,41	4,57

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

Pflegevorsorge Akut-U

Umfangreiche Assistanceleistungen in der Pflege und 24-Stunden-Hotline

Tarifauszug: Pflegevorsorge Akut-U

Die Leistung dieser Versicherung beinhaltet eine 24-Stunden-Hotline, die Informationen und Beratung zu einer Vielzahl von Fragen zur Pflegebedürftigkeit anbietet und zielgerichtete Dienstleistungen vermittelt.

Beratung zu Pflegeleistungen

- Leistungen der Krankenkassen
- Leistungen der Pflegekassen bzw. der privaten Krankenversicherungen als Träger der Pflegepflichtversicherung
- Beantragung von Pflegeleistungen nach dem SGB XI
- Zuordnung der versicherten Person zu einer Pflegestufe nach SGB XI
- Beantragung von Sozialhilfe nach SGB XII
- Antrag auf Feststellung des Vorliegens und des Grades einer Behinderung sowie auf Ausstellung eines entsprechenden Ausweises nach SGB IX
- Benennung von (Fach-)Ärzten
- Pflegegerechte Wohnung/Verbesserung des Wohnumfeldes
- Freizeit-, Bildungs- und Reiseangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige
- Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen
- Kraftfahrzeughilfen, Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeuges
- Betreute Rückkehr in die eigene Wohnung bzw. das eigene Haus
- Selbsthilfegruppen, psychologische Betreuung, Beratungseinrichtungen, Verbände, Institutionen sowie soziale Einrichtungen

Beratung und Vermittlung von Pflegeleistungen

- Ambulante Pflegedienste
- Stationäre Pflegeeinrichtungen
- Einrichtungen zur teilstationären und Kurzzeit-Pflege
- Pflegehilfsmittel

Versorgungssicherheit

Wir garantieren Versorgungssicherheit im Versicherungsfall. Soweit erforderlich vermitteln wir entweder die Unterbringung der versicherten Person in einer stationären Pflegeeinrichtung oder die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst jeweils in Deutschland. Dies erfolgt zum baldmöglichsten Zeitpunkt, in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach Feststellung und Meldung des Versicherungsfalles an die 24-Stunden-Hotline.

Dienstleistungen

Versicherte Personen erhalten im Versicherungsfall 100 % der Kosten für nachfolgend aufgeführte Dienstleistungen bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 Euro erstattet, soweit diese erforderlich sind.

Versicherungsfall bei Pflegevorsorge Akut-U ist die notwendige pflegerische Versorgung der versicherten Person für mindestens 6 Monate (§ 14 SGB XI). Es muss keine Einstufung in eine Pflegestufe vorliegen.

Voraussetzung ist, dass die Dienstleistung von uns bzw. unserem Assisteur vermittelt oder organisiert wird oder vorab eine Kostenzusage erfolgt. Dann werden diese Leistungen für jeweils bis zu drei Monate erbracht:

- Einmalig notwendige Beförderung von der Wohnung in eine stationäre Pflegeeinrichtung in Deutschland
- Menüservice, jeweils eine Hauptmahlzeit pro Tag
- Einkäufe, Besorgungen und Botengänge zwei Tage die Woche
- Wohnungsreinigung einmal in der Woche
- Wäscheservice einmal die Woche
- Begleitservice und Fahrdienst bei der Wahrnehmung von Arztterminen, Terminen für Krankengymnastik und sonstigen ärztlich angeordneten Therapien sowie Behördenterminen an zwei Tagen in der Woche
- Gartenpflege bis zu zwei Stunden wöchentlich
- Schneeräumung und Laubbeseitigung bis zu 14 Tagen
- Tag- und Nachtwache durch Fachpersonal an bis zu zwei Tagen
- Kinderbetreuung, soweit diese das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Versorgung von Haustieren bis zu sieben Tagen
- Installation von Hausnotrufsystemen, max. 250 Euro
- Pflegeschulung für bis zu zwei pflegende nahe Angehörige, max. 150 Euro
- Freizeitbetreuung für die versicherte Person bis zu insgesamt drei Stunden an zwei Tagen in der Woche

Weitere Vorteile und Besonderheiten

- Keine Wartezeiten
  Sie können die 24-Stunden-Hotline direkt nach Vertragsabschluss in Anspruch nehmen. Im Versicherungsfall erhalten Sie die vertraglich vereinbarten Leistungen nach ärztlicher Feststellung der Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung, wenn uns ein Nachweis darüber vorgelegt wird.
- Kindernachversicherung
  Innerhalb von zwei Monaten ab dem Tag der Geburt können Neugeborene ohne Risikozuschläge und Wartezeiten im gleichen Umfang wie die Eltern versichert werden.
- Deutschlandgeltung
  Sie erhalten die Dienstleistungen aus dem Tarif Pflegevorsorge Akut-U in Deutschland.
- Europageltung
  Bei Verlegung des Wohnsitzes innerhalb des europäischen Wirtschaftsraums oder in die Schweiz leisten wir ebenfalls, jedoch im Ausland keine Vermittlung der Dienstleistungen sowie von Pflegeheimen und Pflegediensten.

Hinweis

Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Voraussetzung für die Aufnahme ist eine Pflegepflichtversicherung in Deutschland. Versicherungsfähig sind Personen, die in Deutschland pflegepflichtversichert sind oder waren – d. h. bei Kündigung der Pflegepflichtversicherung aufgrund eines Wegzuges aus Deutschland bleibt der Vertrag bestehen. Ab Vollendung des 66. Lebensjahres ist ein ärztliches Zeugnis für Pflegeergänzungsversicherungen erforderlich.

Weitere sinnvolle Ergänzungen, z. B.: Pflegevorsorge Flex-U

Pflegevorsorge Akut-U – Beiträge

Akut-U (monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**
0 – 14	0,20	30	1,80	42	2,80	54	4,70	66	8,30
15 – 19	0,20	31	1,90	43	2,90	55	4,90	67	8,80
20	1,30	32	2,00	44	3,10	56	5,10	68	9,30
21	1,30	33	2,00	45	3,20	57	5,40	69	9,90
22	1,40	34	2,10	46	3,30	58	5,60	70	10,40
23	1,40	35	2,20	47	3,50	59	5,90	71	11,10
24	1,50	36	2,30	48	3,60	60	6,20	72	11,80
25	1,50	37	2,30	49	3,80	61	6,50	73	12,50
26	1,60	38	2,40	50	3,90	62	6,90	74	13,30
27	1,60	39	2,50	51	4,10	63	7,20	75	14,20
28	1,70	40	2,60	52	4,30	64	7,60		
29	1,80	41	2,70	53	4,50	65	7,90		

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder/Jugendliche zahlen die Tarifbeiträge bis 19. Nach Vollendung des 20. Lebensjahres zahlen sie Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

Zusatzversicherung für gesetzlich Versicherte

Die Zusatzversicherungen schließen Lücken der gesetzlichen Krankenversicherung, zum Beispiel bei der ambulanten, zahnärztlichen oder stationären Behandlung. Entsprechend dem persönlichen Bedarf des Kunden kann die Auswahl und Kombination der Zusatzversicherungen erfolgen.

Bedarf	Zusatzversicherung	Tarif	Seite
Leistungen, die über das übliche Maß hinausgehen			223
Übersichten zu den ambulanten Ergänzungstarifen			224
Zahnersatz/Prophylaxe	Ergänzungsversicherung für Zahnersatz und Prophylaxe	DENT Premium-U, DENT Komfort-U DENT, DENT Inlay, DENT Smile	226 227
Zahnersatz/Inlays, Heilpraktiker, Brillen/Kontaktlinsen und Auslandsreise	ambulante Ergänzungsversicherung	EG080-U, EG035-U	229 231
Behandlung im Krankenhaus, Privatarzt, Ein- oder Zweibettzimmer, Krankenhaustagegeld	stationäre Zusatzversicherung	Komfort-U	233
	Krankenhaustagegeld	KHT-U	240
Einkommenssicherung bei Arbeitsunfähigkeit	Krankentagegeld für Selbstständige, Arbeitnehmer und Freiberufler	KTG 21-U, KTG 28-U, KTGG 42-U, KTG 91-U, KTG 182-U	236
Kurtarif für Kostenerstattung oder wahlweise Tagegeld	Kurtagegeld	KUR-UZ, KUR-UZA	238
Vorsorge für Pflege	Pflegezusatzversicherung	Pflegevorsorge Akut-U Pflegevorsorge Flex-U	220 218
Option auf Krankenvollversicherung		VIAplus	241

Wichtig

Die folgenden Tarifauszüge beschränken sich auf die wesentlichen Leistungsaussagen. Eine umfassende und detaillierte Beschreibung der Leistungen und Leistungsbegrenzungen siehe AVB.

Leistungen, die über das übliche Maß hinausgehen

Stationäre Behandlung

Tarif Komfort-U

Gesonderte Unterbringung
Genießen Sie Ruhe und Komfort im Krankenhaus. Ihre Unterbringung erfolgt im Ein- oder Zweibettzimmer. Gerade im Krankheitsfall ist die notwendige Privatsphäre wichtig für die Genesung.

Privatärztliche Behandlung
Die Behandlung erfolgt durch den Arzt des Vertrauens.

Card für Privatversicherte (ChipCard)
Die Card für Privatversicherte (ChipCard) bietet einen besonderen Service bei Krankenhausbehandlungen: Sie erspart Aufnahmeformalitäten und Vorauszahlungen. Auf der ChipCard sind persönliche Daten zum Versicherten gespeichert – Name, Anschrift und Geburtsdatum. Wir rechnen die Kosten für Unterbringung und Pflege direkt mit dem Krankenhaus ab.

Zahnersatz

Tarife DENT Komfort-U, DENT Premium-U, EG080-U, EG035-U

Inlays und Implantate
Auch die Kosten für Inlays und Implantate werden anteilmäßig übernommen.

Krankentagegeld, volle Absicherung des Verdienstausfalls

Tarifreihe KTG

Arbeitsunfähigkeit
Gezahlt wird ab dem tariflich festgelegten Zeitpunkt ohne Beschränkung der Leistungsdauer – auch dann, wenn die Meldung erst innerhalb einer Woche nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit bei der AXA Krankenversicherung, HVw in Köln, vorliegt.

Dynamik
Erhöht sich das Nettoeinkommen, kann ohne Wartezeiten und erneute Gesundheitsprüfung das Krankentagegeld innerhalb von 2 Monaten der Steigerung angepasst werden. Die Karenzzeit muss jeweils auf die Dauer der Gehalts- oder Lohnfortzahlung abgestellt sein.

Geltungsbereich
Der Versicherungsschutz gilt für Angestellte in allen Ländern der EU/des EWR. Selbstständige erhalten in EU/EWR-Ländern frühestens ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit Leistungen für maximal 30 Tage. Darüber hinaus wird das Krankentagegeld bei akuter Erkrankung und Aufenthalt in einem öffentlichen Krankenhaus für Angestellte und Selbstständige weltweit gezahlt.

Beachten Sie bitte wegen der Details die AVB und die jeweiligen Tarifinhalte.

Übersichten zu den ambulanten Ergänzungstarifen

Leistungsbereiche	Grundschutz	Ergänzungsschutz		
	GKV-Leistung	**DENT Premium-U**	**DENT Komfort-U**	
ZAHNERSATZ, IMPLANTATE	Standarderstattung: Festzuschuss (entspricht ca. 50% der Regelversorgung) Bei regelmäßiger Zahnprophylaxe: – nach 5 Jahren 20% Bonus – nach 10 Jahren 30% Bonus	85% (90% bei Prophylaxenachweis) des Rechnungsbetrages inkl. Vorleistung der GKV/Heilfürsorge	75% des Rechnungsbetrages inkl. Vorleistung der GKV/Heilfürsorge	
INLAYS		85% (90% bei Prophylaxenachweis) des Rechnungsbetrages inkl. Vorleistung der GKV/Heilfürsorge	75% des Rechnungsbetrages inkl. Vorleistung der GKV/Heilfürsorge	
ZAHNBEHANDLUNG/ PROPHYLAXE		100% des Rechnungsbetrages inkl. Vorleistung der GKV/Heilfürsorge inkl. Zahnfüllung, Wurzel- und Parodontosebehandlung Für Prophylaxe gilt eine Maximalleistung von 120 EUR pro Jahr	75% des Rechnungsbetrages inkl. Vorleistung der GKV/Heilfürsorge inkl. Zahnfüllung, Wurzel- und Parodontosebehandlung Für Prophylaxe gilt eine Maximalleistung von 100 EUR pro Jahr	
KIEFERORTHOPÄDIE		90% des Rechnungsbetrages bei Kindern, wenn die GKV nicht vorleistet. Wenn die GKV vorleistet, werden 90% des Rechnungsbetrages inkl. der Vorleistung erstattet, max. 1.000 EUR über die gesamte Vertragslaufzeit Erwachsene haben einen Erstattungsanspruch von 90%, wenn die Kieferorthopädie auf einen Unfall zurückzuführen ist	75% des Rechnungsbetrages bei Kindern, wenn die GKV nicht vorleistet. Wenn die GKV vorleistet, werden 75% des Rechnungsbetrages inkl. der Vorleistung erstattet, max. 750 EUR über die gesamte Vertragslaufzeit Erwachsene haben einen Erstattungsanspruch von 75%, wenn die Kieferorthopädie auf einen Unfall zurückzuführen ist	
SEHHILFEN	Nur Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sowie Personen mit schweren Sehbeeinträchtigungen erhalten Leistungen für Sehhilfen: Festzuschuss für Brillengläser – kein Zuschuss für Brillenfassungen			
HEILPRAKTIKER/ ÄRZTE FÜR NATURHEILVERFAHREN				
AUSLANDSREISESCHUTZ				

	DENT, DENT Inlay, DENT Smile	EG080-U	EG035-U
	Tarif DENT 100% des Festzuschusses der gesetzlichen Krankenkasse, Höchstgrenzen in den ersten 48 Monaten außer bei Unfällen		30% des Rechnungsbetrages
	Tarif DENT Inlay 50% des Rechnungsbetrages inkl. Vorleistung der GKV/Heilfürsorge, max. 500 EUR pro Jahr		30% des Rechnungsbetrages
	Tarif DENT Inlay 25% des Rechnungsbetrages inkl. Vorleistung der GKV/Heilfürsorge für Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung, max. 40 EUR pro Jahr **Tarif DENT Smile** 25% des Rechnungsbetrages inkl. Vorleistung der GKV/Heilfürsorge für Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung, max. 40 EUR pro Jahr		
	Tarif DENT Smile 50% des Rechnungsbetrages, bei Kindern, wenn die GKV nicht vorleistet, max. 500 EUR pro Maßnahme Erwachsene haben einen Erstattungsanspruch von 50%, wenn die Kieferorthopädie auf einen Unfall zurückzuführen ist.		
		80% der Kosten bis max. 130 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren	100% der Kosten bis max. 100 EUR Erneuter Anspruch nach 24 Monaten oder bei Änderung der Sehschärfe
		80 % des Rechnungsbetrages inkl. Arzneimittel, max. 500 EUR pro Jahr	70 % des Rechnungsbetrages bis max. 250 EUR pro Jahr
		Weltweiter Auslandskrankenschutz bei allen Reisen bis zu 42 Tagen Übernahme des medizinisch notwendigen Rücktransports	

Zahnvorsorge

Leistungen für Zahnersatz, Inlays, Kieferorthopädie, Zahnbehandlung und Prophylaxe.

Tarifauszug: Zahnvorsorge DENT Premium-U, DENT Komfort-U

DENT Premium-U bietet einen umfassenden Zusatzschutz zur Zahnvorsorge auf Top-Niveau.
DENT Komfort-U bietet einen ähnlichen Umfang auf leicht niedrigerem Niveau.

Erstattung DENT Premium-U

Zahnersatz, Implantate, Inlays

85 % des Rechnungsbetrages inklusive Vorleistung der GKV/Heilfürsorge, und

90 % wenn in den vergangenen 5 Jahren vor der Maßnahme jährlich eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wurde

Wird ausschließlich Regelversorgung gewählt, werden 100 % des Rechnungsbetrages inklusive Vorleistung der GKV/Heilfürsorge erstattet.

Zahnbehandlung

100 % des Rechnungsbetrages inklusive Vorleistung der GKV/Heilfürsorge für Kunststofffüllung, Wurzel-/besondere Parodontosebehandlung

Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung

100 % des Rechnungsbetrages inklusive Vorleistung der GKV/Heilfürsorge, max. 120 Euro pro Jahr

Kieferorthopädie

90 % des Rechnungsbetrages bei Kindern (unter 18 Jahren), wenn die GKV nicht vorleistet. Falls die GKV vorleistet, werden 90 % des Rechnungsbetrages inklusive der Vorleistung erstattet, max. 1.000 Euro über die gesamte Vertragslaufzeit. Grundvoraussetzung ist die medizinische Notwendigkeit.

Erwachsene (ab 18 Jahren) haben einen Erstattungsanspruch, wenn die Kieferorthopädie auf einen Unfall zurückzuführen ist.

Eine Zahnstaffel begrenzt die Leistung im

1. Jahr auf	1.000 EUR
1. – 2. Jahr auf	2.000 EUR
1. – 3. Jahr auf	3.000 EUR
1. – 4. Jahr auf	4.500 EUR

Ab dem 5. Jahr und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.

Erstattung DENT Komfort-U

Zahnersatz, Implantate, Inlays

75 % des Rechnungsbetrages inklusive Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Wird ausschließlich Regelversorgung gewählt, werden 100 % des Rechnungsbetrages inklusive Vorleistung der GKV/Heilfürsorge erstattet.

Zahnbehandlung

75 % des Rechnungsbetrages inklusive Vorleistung der GKV/Heilfürsorge für Kunststofffüllung, Wurzel-/besondere Parodontosebehandlung

Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung

75 % des Rechnungsbetrages inklusive Vorleistung der GKV/Heilfürsorge, max. 100 Euro pro Jahr

Kieferorthopädie

75 % des Rechnungsbetrages bei Kindern (unter 18 Jahren), wenn die GKV nicht vorleistet. Falls die GKV vorleistet, werden 75 % des Rechnungsbetrages inklusive der Vorleistung erstattet, max. 750 Euro über die gesamte Vertragslaufzeit. Grundvoraussetzung ist die medizinische Notwendigkeit.

Erwachsene (ab 18 Jahren) haben einen Erstattungsanspruch, wenn die Kieferorthopädie auf einen Unfall zurückzuführen ist.

Eine Zahnstaffel begrenzt die Leistung im

1. Jahr auf	800 EUR
1. – 2. Jahr auf	1.800 EUR
1. – 3. Jahr auf	2.800 EUR
1. – 4. Jahr auf	3.800 EUR

Ab dem 5. Jahr und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.

Option auf Höherversicherung:
Der Kunde kann zum 1. 4. des sechsten Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsfragen in Tarif DENT Premium-U wechseln.

Hinweis

Wartezeit: 6 Monate für alle Leistungen.
Versicherungsfähig: Alle GKV-Versicherten und Personen mit Heilfürsorge.
Kieferorthopädie: Wir empfehlen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen, damit der Kunde rechtzeitig über die Höhe der restlichen Eigenbeteiligung informiert ist.

Zahnvorsorge

DENT, DENT Inlay und DENT Smile sind eine preiswerte Alternative für den Einstieg bei der Zahnvorsorge – ohne Gesundheitsprüfung.

Tarifauszug: Zahnvorsorge DENT plus ergänzende Bausteine: DENT Inlay und DENT Smile

Erstattung DENT

Zahnersatz, Implantate (ohne Inlays)
Verdopplung des Festzuschusses der gesetzlichen Krankenkasse
Eine Zahnstaffel begrenzt die Leistung im

1. – 12. Monat auf	300 EUR
1. – 24. Monat auf	600 EUR
1. – 36. Monat auf	900 EUR
1. – 48. Monat auf	1.200 EUR

Ab dem 49. Monat/bei Unfällen entfällt die Begrenzung.
Nach Abschluss der Behandlung bitte folgende Unterlagen einreichen: Rechnung mit Heil- und Kostenplan des Zahnarztes, mit Bewilligungsvermerk der Krankenkasse zum Festzuschuss und mit Angaben zur behandelten Person und den durchgeführten Leistungen sowie dem Gesamtrechnungsbetrag. Eine vorherige Kostenzusage ist nicht erforderlich.

Bausteine, welche DENT ergänzen:

Erstattung DENT Inlay

Inlays
50 % des Rechnungsbetrages inklusive Vorleistung der GKV, max. 500 Euro pro Jahr.

Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung
25 % des Rechnungsbetrages inklusive Vorleistung der GKV, max. 40 Euro pro Jahr.

Eine Zahnstaffel begrenzt die Leistung im

1. – 12. Monat auf	300 EUR
1. – 24. Monat auf	600 EUR
1. – 36. Monat auf	900 EUR
1. – 48. Monat auf	1.200 EUR

Ab dem 49. Monat/bei Unfällen entfällt die Begrenzung.

Erstattung DENT Smile

Zahnbehandlung
50 % des Rechnungsbetrages inklusive Vorleistung der GKV inklusive Zahnfüllung, Wurzel- und Parodontosebehandlung.

Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung
25 % des Rechnungsbetrages inklusive Vorleistung der GKV, max. 40 Euro pro Jahr.

Kieferorthopädie
50 % des Rechnungsbetrages bei Kindern (unter 18 Jahren), wenn die GKV nicht vorleistet, max. 500 Euro pro Maßnahme. Grundvoraussetzung ist die medizinische Notwendigkeit.

Erwachsene (ab 18 Jahren) haben einen Erstattungsanspruch, wenn die Kieferorthopädie auf einen Unfall zurückzuführen ist.

Eine Zahnstaffel begrenzt die Leistung im

1. – 12. Monat auf	300 EUR
1. – 24. Monat auf	600 EUR
1. – 36. Monat auf	900 EUR
1. – 48. Monat auf	1.200 EUR

Ab dem 49. Monat/bei Unfällen entfällt die Begrenzung.

Hinweis

Versicherungsfähig: Alle GKV-Versicherten in Deutschland, die keine andere Zusatzversicherung für Zahnersatz besitzen. **Tarifkombination:** Die Bausteine DENT Inlay oder DENT Smile dürfen nur mit dem Tarif DENT kombiniert werden. Weitere Tarifkombinationen sind nicht erlaubt. **Wartezeiten:** keine
Kieferorthopädie: Wir empfehlen, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen, damit der Kunde rechtzeitig über die Höhe der restlichen Eigenbeteiligung informiert ist.
Weitere Information: Fehlen Zähne bei Vertragsabschluss oder gibt es angeratene/laufende Behandlungen, so sind diese von den Leistungen ausgeschlossen.

Zahnvorsorge – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	DENT Premium-U	DENT Komfort-U	DENT	DENT Inlay	DENT Smile
0 – 20	16,92	12,58	2,50	0,29	6,61
21 – 40	21,02	14,71	7,40	1,73	2,19
41 – 45	30,75	22,56	9,70	2,67	2,30
46 – 50	33,24	24,61	9,70	2,67	2,30
51 – 55	34,61	25,72	9,70	2,67	2,30
56 – 60	36,85	27,54	9,70	2,67	2,30
61 – 70	42,58	32,22	12,80	3,25	2,31
71 – 75	42,58	32,22	12,80	3,25	2,31

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Wechselt der Kunde in die nächsthöhere Altersklasse, zahlt er auch den dort fälligen Beitrag.

Ergänzungsversicherung für Sehhilfen, Heilpraktiker und im Ausland

Die vom Gesetzgeber verfügten Leistungsbegrenzungen können Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie Personen mit Heilfürsorge finanziell erheblich belasten. Sie müssen einen Teil ihrer Krankheitskosten selbst übernehmen. In einigen Fällen (z. B. bei Behandlung durch Heilpraktiker, Brillen) sogar komplett.

Tarifauszug: Ergänzungsversicherung EG080-U, EG080-UA

Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker

80 % der Restkosten für Behandlung durch Heilpraktiker und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“

80 % der Restkosten für verordnete Arznei- und Verbandmittel (bzw. für Zuzahlungen)

Die vorgenannten Leistungen werden insgesamt bis zu 500 Euro pro Person und Kalenderjahr erstattet.

Brillen/Kontaktlinsen

80 % der Restkosten für Sehhilfen, bis zu 130 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren

Behandlung bei Auslandsreisen von bis zu 42 Tagen Dauer

100 % für von der GKV nicht übernommene Kosten. Zusätzlich werden die Kosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland übernommen – auch für eine mitversicherte Begleitperson.

Hinweis

Versicherungsfähig sind alle GKV-Versicherten und Personen mit Heilfürsorge.
Tarifkombination: Ergänzung für Zahnersatz durch die Zahnvorsorgetarife der DENT-Reihe möglich. EG080-U, EG080-UA darf nicht mit ambulanten Ergänzungstarifen von Mitbewerbern kombiniert werden.

EG080-U – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	EG080-U	Alter*	EG080-U
0 – 14	3,67	47	10,68
15 – 19	3,67	48	10,79
20	6,30	49	10,90
21	6,44	50	11,01
22	6,58	51	11,12
23	6,73	52	11,22
24	6,88	53	11,31
25	7,04	54	11,41
26	7,20	55	11,42
27	7,37	56	11,42
28	7,54	57	11,44
29	7,71	58	11,44
30	7,88	59	11,45
31	8,05	60	11,46
32	8,22	61	11,48
33	8,39	62	11,49
34	8,56	63	11,49
35	8,73	64	11,49
36	8,91	65	11,23
37	9,08	66	11,23
38	9,25	67	11,23
39	9,43	68	11,23
40	9,60	69	11,23
41	9,77	70	11,23
42	9,94	71	11,23
43	10,11	72	11,23
44	10,26	73	11,23
45	10,41	74	11,23
46	10,55	75	11,23

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

EG080-UA

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	EG080-UA	Alter*	EG080-UA
20	2,54	28	2,96
21	2,54	29	3,13
22	2,54	30	3,28
23	2,59	31	3,47
24	2,63	32	3,64
25	2,72	33	3,79
26	2,76	34	3,99
27	2,82		

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Ergänzungsversicherung für Zahnersatz, Sehhilfen und Heilpraktiker

Seit vielen Jahren erleben wir innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen deutliche Leistungsbegrenzungen in Form von Zuzahlungen, Leistungskürzungen bis hin zu Leistungswegfall, z. B. bei Behandlungen durch Heilpraktiker oder bei Brillen. Die Ergänzungsversicherung deckt die dadurch entstehenden Kosten weitgehend ab.

Tarifauszug: Ergänzungsversicherung EG035-U, EG035-UA

Brillen/Kontaktlinsen

100 % des Rechnungsbetrags, bis max. 100 Euro je Einzelfall. Erneuter Anspruch nach 24 Monaten oder bei einer Sehschärfenänderung von mindestens 0,5 Dioptrien.

Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker

70 % des Rechnungsbetrags für Behandlung und verordnete Arznei- und Verbandmittel bis max. 250 Euro pro Kalenderjahr

Zahnersatz, Inlays, Einzelkronen, Implantate

30 % des Rechnungsbetrages – auch ohne Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge

Hinweis

Versicherungsfähig sind alle GKV-Versicherten und Personen mit Heilfürsorge.
Tarifkombination: EG035-U, EG035-UA darf nicht mit ambulanten Ergänzungstarifen von Mitbewerbern kombiniert werden, sofern diese Leistungen für Zahnersatz enthalten.

EG035-U – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	EG035-U	Alter*	EG035-U
0 – 14	2,79	47	14,81
15 – 19	2,79	48	14,99
20	8,67	49	15,18
21	8,88	50	15,33
22	9,11	51	15,48
23	9,35	52	15,63
24	9,59	53	15,78
25	9,83	54	15,91
26	10,07	55	16,04
27	10,31	56	16,16
28	10,54	57	16,27
29	10,78	58	16,37
30	11,02	59	16,46
31	11,25	60	16,53
32	11,48	61	16,59
33	11,72	62	16,63
34	11,95	63	16,65
35	12,18	64	16,66
36	12,40	65	16,28
37	12,62	66	16,28
38	12,83	67	16,26
39	13,05	68	16,29
40	13,27	69	16,31
41	13,49	70	16,33
42	13,72	71	16,34
43	13,95	72	16,36
44	14,18	73	16,37
45	14,40	74	16,38
46	14,61	75	16,45

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

EG035-UA

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	EG035-UA	Alter*	EG035-UA
20	2,68	28	4,03
21	2,68	29	4,30
22	2,68	30	4,56
23	2,87	31	4,79
24	3,07	32	5,03
25	3,31	33	5,36
26	3,56	34	5,61
27	3,76		

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Behandlung im Krankenhaus

Kassenpatient bei der GKV	Privatpatient bei AXA
Nur das nächstgelegene, vom Kassenarzt ausgewählte zuständige Vertragskrankenhaus (je nach Kasse)	Freie Krankenhauswahl unter allen deutschen Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen
Behandlung durch den diensthabenden Arzt	Behandlung durch den Arzt des Vertrauens
Die gesetzlichen Krankenkassen verlangen eine Selbstbeteiligung von 10 Euro pro Tag, max. 280 Euro im Kalenderjahr	Abdeckung durch ein Krankenhaustagegeld möglich
Erstattet werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen im Mehrbettzimmer, früher 3. Pflegeklasse	Komfort, Ruhe und persönlicher Service bei Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
Oft lange Wartezeiten bei Spezialoperationen	Keine langen Wartezeiten bei Spezialoperationen

Tarifauszug: Komfort-U

Stationäre Behandlung

100 % für privatärztliche Behandlung im Krankenhaus – im Ein- oder Zweibettzimmer – wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung nach Vorleistung der allgemeinen Krankenhausleistungen durch die GKV

100 % der Unterbringungskosten (max. 5 Tage) für eine Begleitperson eines Kindes bis zum 5. Lebensjahr

100 % der Transportkosten zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus

100 % der Mehrkosten bei Wahl eines anderen als dem in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses

100 % für persönlich durch den Chefarzt erbrachte Leistungen bis zum 5-fachen Satz der GOÄ bei rechtsgültiger Honorarvereinbarung

Wichtig

Wartezeit: Für Entbindungen gilt eine Wartezeit von 8 Monaten

Hinweis

Für die Absicherung der GKV-Zuzahlung in Höhe von 10 Euro pro Tag im Krankenhaus ist eine Krankenhaustagegeldversicherung nach Tarif KHT-U empfehlenswert.

Komfort-U – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	Komfort-U	Alter*	Komfort-U
0 – 14	5,82	47	52,69
15 – 19	8,50	48	54,38
20	29,71	49	56,10
21	30,51	50	57,85
22	31,35	51	59,65
23	32,23	52	61,49
24	33,09	53	63,39
25	33,93	54	65,34
26	34,74	55	67,37
27	35,51	56	69,48
28	36,26	57	71,68
29	36,95	58	73,96
30	37,59	59	76,25
31	38,16	60	78,54
32	38,67	61	80,83
33	39,09	62	83,16
34	39,56	63	85,51
35	40,09	64	87,92
36	40,68	65	88,22
37	41,34	66	90,68
38	42,08	67	93,22
39	42,90	68	95,85
40	43,79	69	98,51
41	44,78	70	101,00
42	45,87	71	103,39
43	47,04	72	105,77
44	48,30	73	107,48
45	49,67	74	108,69
46	51,13	75	109,70

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

Krankentagegeld für Freiberufler, Selbstständige und Arbeitnehmer

Selbstständige

Selbstständige und Freiberufler können grundsätzlich 80% ihres Gewinns vor Steuern aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft versichern. Die Absicherung der laufenden Betriebskosten ist nicht möglich. **Verwendung des Krankentagegeldes:** Einkommensabsicherung, Beitragsaufwendung.

Eine Staffelung des Krankentagegeldes bewirkt mehr Leistung bei längerer ernsthafter Erkrankung.

Eine Kombination mit Krankenhaustagegeld ist empfehlenswert, da zusätzliches Bargeld ab dem 1. Tag des Krankenhausaufenthaltes zur Verfügung steht.

Weitere Hinweise siehe Kapitel **Annahmerichtlinien. Geltungsbereich:** Selbstständige erhalten innerhalb der EU/EWR bei akut eintretender Arbeitsunfähigkeit frühestens ab dem 22. Tag Leistungen für maximal 30 Tage. Darüber hinaus wird das Krankentagegeld bei akuter Erkrankung und Aufenthalt in einem öffentlichen Krankenhaus weltweit gezahlt.

Arbeitnehmer

Was leistet die GKV?

Der Krankengeldanspruch nach dem 42. Tag bei der GKV beträgt 70% des Bruttoeinkommens (bis zur Beitragsbemessungsgrenze), jedoch nicht mehr als 90% des Nettoeinkommens. Der Arbeitnehmeranteil für Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung wird von der Krankenkasse abgezogen und direkt an den Sozialversicherungsträger abgeführt. Den Arbeitgeberanteil für Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung zahlt die Kasse zusätzlich direkt an den Sozialversicherungsträger. Die GKV ist während des Bezugs von Krankengeld beitragsfrei. Der Absicherungsbedarf ergibt sich aus der Differenz zwischen Nettoeinkommen und tatsächlich ausgezahltem Krankengeld der Kasse.

Die Höhe des zu versichernden Krankentagegeldes entnehmen Sie bitte den Annahmerichtlinien, Seite 299.

Hinweis für Arbeitnehmer

Dynamik: Erhöht sich das Nettoeinkommen, so kann ohne Wartezeiten und Gesundheitsprüfung das Krankentagegeld innerhalb von 2 Monaten angepasst werden. Die Karenzzeit muss jeweils auf die Dauer der Gehalts- oder Lohnfortzahlungen abgestellt sein. Siehe auch Stichwort **Dynamik.**
Geltungsbereich: Der Versicherungsschutz gilt für Arbeitnehmer in der gesamten EU/EWR bei dort akut eintretender Arbeitsunfähigkeit. Darüber hinaus wird das Krankentagegeld bei akuter Erkrankung und Aufenthalt in einem öffentlichen Krankenhaus weltweit gezahlt.

Krankentagegeld für Selbstständige

Zahlung des versicherten Krankentagegeldes bei völliger Arbeitsunfähigkeit als Entschädigung für Verdienstausfall.

Tarifauszug: KTG 21-U, KTG 28-U für Selbstständige

Nach Ablauf von 21 oder 28 leistungsfreien Tagen seit Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit wird das versicherte Krankentagegeld je Kalendertag ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit gezahlt.

Krankentagegeld für Arbeitnehmer und Selbstständige

Zahlung des versicherten Krankentagegeldes bei völliger Arbeitsunfähigkeit als Entschädigung für Verdienstausfall.

Tarifauszug: KTGG 42-U nur für GKV-Mitglieder

Nach Ablauf von 42 leistungsfreien Tagen seit Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit wird das versicherte Krankentagegeld (ab 10 Euro) je Kalendertag ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit gezahlt.

Tarifauszug: KTG 91-U, KTG 182-U für Arbeitnehmer und Selbstständige

Nach Ablauf von 91 oder 182 leistungsfreien Tagen seit Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit wird das versicherte Krankentagegeld (ab 10 Euro) je Kalendertag ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit gezahlt.

Krankentagegeld – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR je 10 EUR versichertes Krankentagegeld

Alter*	KTG 21-U **	KTG 28-U **	KTGG 42-U ***	KTG 91-U	KTG 182-U
20	6,22	4,94	4,06	1,84	0,75
21	6,39	5,08	4,20	1,87	0,77
22	6,57	5,22	4,35	1,91	0,78
23	6,77	5,37	4,51	1,95	0,80
24	6,98	5,52	4,67	2,00	0,82
25	7,20	5,67	4,84	2,05	0,84
26	7,43	5,82	5,02	2,10	0,86
27	7,68	5,96	5,19	2,15	0,88
28	7,93	6,11	5,37	2,21	0,91
29	8,18	6,25	5,56	2,26	0,93
30	8,45	6,40	5,76	2,32	0,95
31	8,72	6,56	5,97	2,39	0,98
32	9,01	6,72	6,19	2,45	1,01
33	9,31	6,89	6,42	2,53	1,04
34	9,62	7,07	6,66	2,60	1,07
35	9,94	7,26	6,90	2,68	1,10
36	10,27	7,46	7,15	2,77	1,14
37	10,61	7,67	7,42	2,86	1,17
38	10,97	7,88	7,70	2,96	1,22
39	11,33	8,10	7,99	3,07	1,26
40	11,70	8,32	8,29	3,18	1,30
41	12,09	8,57	8,59	3,31	1,36
42	12,48	8,83	8,91	3,44	1,41
43	12,90	9,09	9,24	3,58	1,47
44	13,32	9,37	9,59	3,74	1,53
45	13,78	9,64	9,94	3,89	1,59
46	14,25	9,95	10,31	4,06	1,66
47	14,75	10,25	10,69	4,23	1,73
48	15,28	10,58	11,10	4,42	1,81
49	15,84	10,91	11,49	4,61	1,89
50	15,89	10,86	11,67	4,63	1,90
51	16,49	11,19	12,05	4,82	1,97
52	17,15	11,53	12,42	5,01	2,05
53	17,86	11,88	12,79	5,19	2,12
54	18,61	12,25	13,16	5,39	2,20
55	19,15	12,43	13,16	5,50	2,25
56	19,45	12,44	13,17	5,54	2,26
57	20,06	12,63	13,21	5,64	2,31
58	20,70	12,78	13,21	5,74	2,34
59	21,48	13,06	13,21	5,88	2,40
60	22,22	13,34	13,42	6,02	2,46
61	22,96	13,55	13,62	6,15	2,50
62	23,56	13,82	13,83	6,28	2,56
63	24,04	14,07	14,04	6,40	2,60
64	24,84	14,24	14,22	6,53	2,64

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.
** nur für Selbstständige.
*** nur für GKV-Versicherte. Max. abschließbares Krankentagegeld 75 Euro. Die 75 Euro dürfen auch in Verbindung mit anderen Krankentagegeldtarifen nicht überschritten werden. Es darf kein Krankentagegeld bei einem anderen PKV-Unternehmen bestehen.

Kurtarif für Kostenerstattung oder wahlweise Tagegeld

Mitglieder der gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung haben alle 4 Jahre Anspruch auf eine stationäre Kur für 21 Tage. Hier bietet sich das Kurtagegeld zur Absicherung des täglichen Eigenanteils von 10 Euro (alle Bundesländer) an. Alle übrigen Versicherten müssen für eine stationäre Kur private Eigenvorsorge treffen.

Tarifauszug: KUR-UZ, KUR-UZA

Genesungskur

100 % für Unterkunft und Verpflegung
100 % für Leistungen der Ärzte entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung
100 % für Arznei- und Verbandmittel
100 % für Heilmittel
100 % für Kurplan und Kurtaxe
Je versicherter Stufe (1 Stufe = 1 Euro) erhält der Versicherte eine Erstattung der Aufwendungen bis zu 1 Euro täglich, bis zur Dauer von 30 Tagen.

Als Genesungskur gilt ein Kuraufenthalt in einem Kur- oder Badeort oder in einer Heilstätte (Sanatorium), der spätestens 6 Monate nach Ablauf einer stationären Krankenhausbehandlung von mindestens 15-tägiger Dauer oder einer Krankenhausbehandlung von mindestens 10-tägiger Dauer in Verbindung mit einer Operation beginnt und zur Sicherstellung des Heilerfolges medizinisch notwendig ist. Die medizinische Notwendigkeit ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Sonstige Kur

100 % für Leistungen der Ärzte entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung
100 % für Arznei- und Verbandmittel
100 % für Heilmittel
100 % für Kurplan und Kurtaxe
Je versicherter Stufe (1 Stufe = 10 Euro) erhält der Versicherte eine Erstattung der Aufwendungen bis zu 10 Euro je Stufe.

Als sonstige Kur gilt ein medizinisch notwendiger Kuraufenthalt in einem Kur- oder Badeort oder in einer Heilstätte (Sanatorium), der im Übrigen die Voraussetzungen für eine Genesungskur nicht erfüllt. Die medizinische Notwendigkeit der sonstigen Kur ist durch ein ärztliches Attest vor Beginn des Kuraufenthaltes nachzuweisen.

Leistungen anstelle von Kostenersatz

Werden die Leistungen für eine Genesungskur nicht in Anspruch genommen, z. B. weil die gesetzliche Krankenversicherung Kurkosten übernommen hat, erhält der Kunde ein Kurtagegeld von **0,50 Euro je Stufe** je Kalenderjahr längstens bis zur Dauer von 30 Tagen. Bei einer sonstigen Kur erhält der Kunde eine Kurpauschale von **5,00 Euro je Stufe**. Alle Leistungen dieses Tarifes können nur einmal innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren in Anspruch genommen werden.

Wichtig

Als Höchstsätze gelten:
- für Genesungskuren mindestens 10 Euro, maximal 250 Euro pro Tag und
- für sonstige Kuren maximal 2.500 Euro insgesamt.

1 Stufe entspricht 1 Euro für Genesungskuren und 10 Euro für sonstige Kuren.

Auszahlungsvoraussetzungen

Grundvoraussetzung ist das Einreichen von Originalrechnungen. Beteiligt sich ein weiterer Versicherer an den Kosten, sind Zweitschriften mit Erstattungsvermerk erforderlich. Für die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes benötigen wir eine Bescheinigung der Krankenanstalt, sofern Diagnose(n), Beginn und Ende der stationären Behandlung nicht aus den Kostenbelegen ersichtlich sind.

KUR-UZ – Beiträge

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	KUR-UZ	Alter*	KUR-UZ
0 – 14	0,06	47	0,38
15 – 19	0,06	48	0,39
20	0,14	49	0,41
21	0,14	50	0,42
22	0,15	51	0,44
23	0,15	52	0,45
24	0,16	53	0,47
25	0,16	54	0,49
26	0,17	55	0,51
27	0,18	56	0,52
28	0,18	57	0,54
29	0,19	58	0,56
30	0,20	59	0,58
31	0,21	60	0,59
32	0,21	61	0,61
33	0,22	62	0,63
34	0,23	63	0,64
35	0,24	64	0,65
36	0,25	65	0,65
37	0,26	66	0,66
38	0,27	67	0,67
39	0,28	68	0,68
40	0,29	69	0,69
41	0,30	70	0,69
42	0,31	71	0,70
43	0,32	72	0,71
44	0,34	73	0,72
45	0,35	74	0,72
46	0,36	75	0,73

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge beim Versicherer angefragt werden.

KUR-UZA

Monatliche Beiträge in EUR

Alter*	KUR-UZA	Alter*	KUR-UZA
20	0,02	28	0,03
21	0,02	29	0,03
22	0,02	30	0,03
23	0,02	31	0,03
24	0,02	32	0,03
25	0,03	33	0,03
26	0,03	34	0,04
27	0,03		

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Krankenhaustagegeld

Ein KHT bringt viele Vorteile: Die steuerfreie Auszahlung kann vom Kunden nach seinen Wünschen genutzt werden, z. B. für zusätzlichen Service im Krankenhaus, wie Telefon, TV, Taxikosten für Verwandte oder Kosten einer Haushaltshilfe, Ausgleich für entgangene Zulagen oder Spesen oder einen anschließenden Genesungsurlaub.

Tarifauszug: KHT-U

Zahlung des Krankenhaustagegeldes für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung. Bei Psychotherapie, soweit sie in einem Krankenhaus durchgeführt wird, für maximal 30 Behandlungstage im Jahr.

Hinweis

Maximales Krankenhaustagegeld
Der Tarif KHT-U ist bis maximal 100 Euro täglich versicherbar.
Erstattung: Für das Krankenhaustagegeld brauchen wir eine Bescheinigung des Krankenhauses mit
– Namen der behandelten versicherten Person
– Aufnahmedatum
– Entlassungsdatum
– Diagnose
Annahmerichtlinien: ab Seite 289.
Bitte beachten Sie den monatlichen Mindestbeitrag von 5 Euro pro Vertrag.

Krankenhaustagegeld – Beiträge

KHT-U (monatlicher Beitrag je 10 EUR versichertes Krankenhaustagegeld)

Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**	Alter*	**Beiträge**
0 – 14	0,61	38	3,05	58	5,30
15 – 19	0,72	39	3,13	59	5,45
20	2,01	40	3,21	60	5,61
21	2,07	41	3,29	61	5,77
22	2,12	42	3,38	62	5,93
23	2,17	43	3,47	63	6,10
24	2,23	44	3,57	64	6,27
25	2,28	45	3,67	65	6,27
26	2,34	46	3,77	66	6,44
27	2,39	47	3,87	67	6,61
28	2,45	48	3,99	68	6,80
29	2,50	49	4,10	69	6,98
30	2,56	50	4,22	70	7,17
31	2,61	51	4,34	71	7,37
32	2,67	52	4,46	72	7,57
33	2,72	53	4,59	73	7,79
34	2,78	54	4,73	74	8,01
35	2,84	55	4,86	75	8,21
36	2,91	56	5,00		
37	2,98	57	5,15		

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Kinder zahlen nach Vollendung des 14. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 20. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge bei der AXA Krankenversicherung angefragt werden.

KHT-UA (monatlicher Beitrag je 10 EUR versichertes Krankenhaustagegeld)

Alter*	**Beiträge**
16 – 19	0,43
20 – 34	0,58

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

VIAplus – die Option auf eine Zusatz-/Vollversicherung plus Bonifikation für gesundheitsbewusstes Verhalten

Die Optionsversicherung VIAplus ist die Eintrittskarte in die private Krankenversicherung. Insbesondere für Kunden, deren Einkommen noch unter der Versicherungspflichtgrenze liegt und die in der GKV pflichtversichert sind. Denn der Gesundheitszustand in jungen und gesunden Jahren wird festgehalten. Und später – bei höherem Einkommen – kann der dann versicherungsfreie Kunde in eine beliebige Vollversicherung wechseln – ohne erneute Gesundheitsprüfung. Oder er fängt damit kommende Leistungskürzungen bei der GKV auf. Zusätzlich erhält der Kunde bei gesundheitsbewusstem Verhalten Bonifikationen und bei regelmäßiger Zahnprophylaxe später einen höheren Versicherungsschutz für Zahnersatz.

Tarifauszug: VIAplus

- VIAplus kann allen gesetzlich versicherten Kunden angeboten werden.
- VIAplus kann alleine oder in Kombination mit allen zum Verkauf offenen Zusatztarifen (außer Optionstarifen) abgeschlossen werden.
- Die Option gilt – ohne erneute Gesundheitsprüfung – für jeden Vollversicherungstarif, der für den Verkauf offen ist und für den Versicherungsfähigkeit besteht, und mit Einschränkungen für Krankheitskostenzusatz- und Krankentagegeldzusatzversicherungen bis 25 Euro.
  Sofern bei Ausübung der Option bereits bei der AXA Krankenversicherung eine Pflegezusatzversicherung besteht, sind zusätzlich die vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen einzuhalten.
- Neben der Krankenvollversicherung gilt die Option auch für die Pflegepflichtversicherung und für ein Krankentagegeld in Höhe des aus der beruflichen Tätigkeit resultierenden Nettoeinkommens nach einem Tarif, dessen Karenzzeit mindestens 6 Wochen beträgt. Selbstständige, die in der GKV ein Krankengeld ab dem 28. Tag versichert hatten, können auch einen Tarif mit einer Karenzzeit von 4 Wochen versichern.
- VIAplus beinhaltet außerdem die Option auf Abschluss einer Pflegevorsorgeversicherung, wenn gleichzeitig die Option auf Abschluss einer Krankheitskostenvoll- bzw. Krankheitskosten- bzw. Krankentagegeldzusatzversicherung wahrgenommen wird. Das in der Pflegevorsorgeversicherung versicherbare monatliche Pflegegeld ist ohne erneute Gesundheitsprüfung begrenzt auf maximal 1.500 Euro.
- Laufzeit der Option: 5 Versicherungsjahre. Eine einmalige Verlängerung um 5 Jahre ist möglich, wenn Versicherungspflicht besteht.
- Wann kann der Kunde die Option wahrnehmen – ohne Gesundheitsprüfung?
  - Die Option kann zum Eintritt der Versicherungsfreiheit wahrgenommen werden oder zum 1.1. nach Ablauf der Option kann eine beliebige Voll- oder Zusatzversicherung gewählt werden.
  - Freiwillig in der GKV Versicherte können die Option auf Vollversicherung erstmalig zum 1.1. des 3. Versicherungsjahres in Anspruch nehmen.
  - Werden Leistungen in der GKV gestrichen, und bieten wir einen entsprechenden Zusatztarif an, so kann der Kunde zu diesem Zeitpunkt diese Zusatzversicherung abschließen.
- VIAplus belohnt Vorsorge und gesundes Verhalten
  - BMI-Bonus von 20 Euro im 2. Versicherungsjahr und dann alle 2 Jahre (ab Alter 20)
  - Nichtraucher-Bonus von 20 Euro im 2. Versicherungsjahr und dann alle 2 Jahre (ab Alter 20)
  - Wechselt der Kunde in die Vollversicherung, so starten die Tarife Vision1-1500/-3000/-4500, Vital-Z-U oder Z-PRO-U mit einem 10 % höheren Versicherungsschutz für Zahnersatz, wenn der Kunde regelmäßige Zahnprophylaxe der letzten 3 Jahre nachweisen kann.

Hinweis

Für den Optionstarif sind alle Gesundheitsfragen zu beantworten. Eine Annahme zu besonderen Bedingungen (Risikozuschlag, Leistungseinschränkung oder Leistungsausschluss) ist möglich. Wurde ein Risikozuschlag vereinbart, so ändert sich später dessen Höhe abhängig von den Tarifen des auflebenden Versicherungsschutzes.

VIAplus – Beiträge

VIAplus (monatlicher Beitrag in EUR)

Alter*	Beiträge
bis 19	4,00
20 – 35	6,00
36 – 45	13,00
46 – 50	14,00
51 – 55	36,00

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Für höhere Eintrittsalter können Beiträge bei der AXA Krankenversicherung angefragt werden.

Der Versicherungsschutz für Reisen ins Ausland

Krankenversicherung für kürzere Auslandsreisen und Urlaub

	Tarif	Seite
Krankenversicherung für kürzere Auslandsreisen	ARJ ARE	244 245
Krankenversicherung für kürzere Aufenthalte in Deutschland	ARE-A	246

Krankenversicherung für kürzere Auslandsreisen und Urlaub

Auslandsrechnungen für Arztkosten in EWR-Staaten bzw. Ländern mit Sozialversicherungsabkommen können von den gesetzlichen Krankenkassen nicht immer bzw. nur zum Teil übernommen werden. Nicht übernommen werden Behandlungskosten, die in einem außereuropäischen Land entstehen. Und sollte ein Rettungsflug in eine heimische Klinik nach Deutschland notwendig sein, muss der Patient diese Kosten generell zu 100 % selbst zahlen.
Die Auslandsreise-Krankenversicherung ARJ bietet hier den umfassenden und weltweiten Versicherungsschutz als Privatpatient.

Tarifauszug: ARJ

Schutz für alle Reisen bis zu einer Dauer von 42 Tagen innerhalb eines Versicherungsjahres, Mindestvertragsdauer 2 Jahre.

Ambulante Behandlung

100 % für ärztliche Behandlung inkl. verordneter Arznei- und Verbandmittel sowie Arztwegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert

100 % für folgende Heil-/Hilfsmittel: ärztlich verordnete Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heil-/Krankengymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms. Die medizinisch notwendigen Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausfertigung

100 % für Röntgen-, Strahlenbehandlung/Diagnostik

Stationäre Behandlung

100 % für Krankenhausbehandlung und Transportkosten zum nächstgelegenen Krankenhaus

30 EUR pro Tag eines Krankenhausaufenthaltes, wenn bei stationärer Behandlung keine Kosten geltend gemacht werden

Zahnärztliche Behandlung

100 % für schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparatur von bereits vorhandenem Zahnersatz, nicht aber Zahnersatz, Zahnkronen und kieferorthopädische Leistungen

Rücktransport aus dem Ausland, Überführung

Ein medizinisch sinnvoller und vertretbarer Rücktransport nach Deutschland wird von uns organisiert und bezahlt. Voraussetzung ist, dass der Rücktransport von uns oder unserem Dienstleister organisiert wird oder vorab eine Zusage durch uns erfolgte. Liegt keine Zusage zum Rücktransport vor oder wird der Rücktransport nicht wie oben beschrieben organisiert, werden die Mehrkosten eines Rücktransports
– innerhalb Europas nur bis zur Höhe von 5.000 Euro
– darüber hinausgehend nur bis zur Höhe von 10.000 Euro erstattet.

Hinweis

Die Versicherung ist **vor Reiseantritt** zu beantragen.
Versicherungsfähigkeit: Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben oder hier einer ständigen Berufsausübung nachgehen.
Tarifkombinationen bei Reisen von mehr als 42 Tagen: Der Tarif ARE kann ergänzend zu Tarif ARJ abgeschlossen werden. Ab dem 43. Reisetag ist dann die entsprechende ARE-Prämie (siehe nächste Seite) zu zahlen.
Versicherungsschutz für bestehende Erkrankungen: Sollten Behandlungen unvorhersehbar notwendig werden, erstatten wir die Kosten auch dann, sofern es sich um Behandlungen bestehender Erkrankungen oder Unfallfolgen handelt.
Beitragszahlung: nur Lastschrifteinzugsverfahren.
Auch für Vollversicherte kann Tarif ARJ oder ARE sinnvoll sein, um
– trotz Erkrankung im Ausland die Beitragsrückerstattung der Vollversicherung zu erhalten
– als vollversicherter Kunde z. B. in Tarif Elementar Bonus-U im Ausland Privatpatient zu sein.

Krankenversicherung für Einzelreisen bis 365 Tage

Alternativ zu den Auslandsreise-Jahrespolicen kann der Tarif ARE für jede einzelne Reise angeboten werden. Unabhängig davon, ob der Auslandsaufenthalt aus privaten oder beruflichen Gründen stattfindet.
Mit dem Tarif ARE kann ebenfalls der Versicherungsschutz einer Auslandsreise-Jahrespolice bei AXA (z. B. ARJ, EG080-U) bis zu insgesamt 365 Tagen inkl. Vorversicherung verlängert werden.

Tarifauszug: ARE

Versicherungsschutz analog ARJ-Leistungen für eine einmalige Reise mit einer Dauer von maximal 365 Tagen.

Ambulante Behandlung

100 % für ärztliche Behandlung inkl. verordneter Arznei- und Verbandmittel sowie Arztwegegebühren und Taxikosten zum nächsten Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert

100 % für folgende Heil-/Hilfsmittel: ärztlich verordnete Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heil-/Krankengymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms. Die medizinisch notwendigen Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausfertigung

100 % für Röntgen-, Strahlenbehandlung/Diagnostik

Stationäre Behandlung

100 % für Krankenhausbehandlung und Transportkosten zum nächstgelegenen Krankenhaus

30 EUR pro Tag eines Krankenhausaufenthaltes, wenn bei stationärer Behandlung keine Kosten geltend gemacht werden

Zahnärztliche Behandlung

100 % für schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen

Rücktransport aus dem Ausland, Überführung

Ein medizinisch sinnvoller und vertretbarer Rücktransport nach Deutschland wird von uns organisiert und bezahlt. Voraussetzung ist, dass der Rücktransport von uns oder unserem Dienstleister organisiert wird oder vorab eine Zusage durch uns erfolgt. Liegt keine Zusage zum Rücktransport vor oder wird der Rücktransport nicht wie oben beschrieben organisiert, werden die Mehrkosten eines Rücktransports

- innerhalb Europas nur bis zur Höhe von 5.000 Euro
- darüber hinausgehend nur bis zur Höhe von 10.000 Euro erstattet.

Hinweis

Die Versicherung ist **vor Reiseantritt** zu beantragen.
Versicherungsfähigkeit: Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben oder hier einer ständigen Berufsausübung nachgehen.
Tarifkombination bei Reisen von mehr als 42 oder 62 Tagen: Der Tarif ARE kann ergänzend zu ARJ oder EG080-U abgeschlossen werden. Ab dem 43. bzw. 63. Reisetag ist dann die entsprechende ARE-Prämie zu zahlen.
Gesamtreisezeitraum: Der Gesamtreisezeitraum von max. 365 Tagen schließt jeweils den Vorversicherungszeitraum der Jahrespolice (z. B. ARJ mit 42 Tagen) ein.
WICHTIGER HINWEIS: Kunden, die einen Gesamtreisezeitraum von mehr als 90 Tagen absichern, können frühestens nach einem anschließenden 90-tägigen Aufenthalt in Deutschland erneut den Tarif ARE abschließen. Entsprechende Nachweise (Kopie des Reisepasses oder Flugticket) können von AXA angefordert werden.
Versicherungsschutz für bestehende Erkrankungen: Sollten Behandlungen unvorhersehbar notwendig werden, erstatten wir die Kosten auch dann, sofern es sich um Behandlungen bestehender Erkrankungen oder Unfallfolgen handelt.
Beitragszahlung: Nur Lastschrifteinzugsverfahren
Auch für Vollversicherte kann Tarif ARE sinnvoll sein, um

- im Ausland keinen Selbstbehalt zu haben
- trotz Erkrankung im Ausland die Beitragsrückerstattung der Vollversicherung zu erhalten
- als vollversicherter Kunde z. B. in Tarif Elementar Bonus-U im Ausland Privatpatient zu sein.

Krankenversicherung für kürzere Aufenthalte in Deutschland

Viele ausländische Staatsbürger, die sich für eine bestimmte Zeit in Deutschland aufhalten, sind für den Krankheitsfall gar nicht oder nur unzureichend abgesichert. Der Tarif ARE-A bietet für jeden Tag Versicherungsschutz, bis zu einem Jahr – auch für Deutsche, deren Hauptwohnsitz im Ausland liegt. Versicherungsschutz besteht auch – bis zu 3 Monaten pro Halbjahr – bei einer Reise in die **Schengener Staaten:** Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Island, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik und Ungarn sind dem Schengener Übereinkommen beigetreten und werden daher als „Schengener Staaten“ bezeichnet.

Für Nicht-EU-Bürger ist eine derartige Mindestabsicherung notwendig, da ansonsten kein Visum erteilt werden kann. Je nach Herkunftsland ist diese Mindestabsicherung selbst für ein Touristenvisum notwendig.

Tarifauszug: ARE-A

Ambulante Behandlung

100 % für ambulante Heilbehandlung, Arzneien, Verbandmittel und Heilmittel

Krankenhausbehandlung

100 % für allgemeine Krankenhausbehandlung im Drei-/Mehrbettzimmer (ohne privatärztliche Behandlung) und Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen Krankenhaus

Zahnärztliche Behandlung

100 % für schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung bis 500 Euro pro Aufenthalt

Rücktransport aus dem Ausland, Überführung

100 % Rücktransport/Überführung ins Heimatland; innerhalb Europas bis 5.000 Euro, sonst bis 10.000 Euro

Hinweis

Die Versicherung ist vor Reiseantritt, spätestens jedoch eine Woche nach Einreise in Deutschland zu beantragen. Eine nachträgliche Verlängerung ist nicht möglich. Bitte geben Sie immer eine deutsche Korrespondenzanschrift an.

Wichtig

Der Mindestbeitrag pro Reise beträgt 30 Euro und ist auf das in den Antragsunterlagen genannte Konto zu überweisen.

ARJ – Beiträge

ARJ (jährliche Beiträge in EUR)

Alter*	Beiträge
0 – 60	9,00
61 – 70	30,00
ab 71	49,92

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Der zu zahlende Erst- bzw. später Folgebeitrag richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter.

ARE – Beiträge

ARE (täglicher Beitrag in EUR)

Alter*	1. bis 30. Reisetag je	1. – 180. Reisetag je	für die folgenden Reisetage je
bis 65	0,60	–	1,20
66 – 69	–	2,40	2,90
ab 70	–	5,30	6,40

Verlängerungsbeiträge ARE im Anschluss an AXA Jahrespolicen (z. B. ARJ, EG080-U)
(täglicher Beitrag in EUR bis insgesamt maximal 365 Tage inkl. Jahrespolice)

Alter*	bis zum 180. Reisetag je	ab 181. – 365. Reisetag je
bis 65	1,20	1,20
66 – 69	2,40	2,90
ab 70	5,30	6,40

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. Der Mindestbeitrag pro Reise beträgt 4 Euro.

ARE-A – Beiträge

ARE-A

Alter*	täglicher Beitrag in EUR
0 – 65	3,00
66 – 69	9,00
ab 70	15,00

* Beginnjahr ./. Geburtsjahr. **Achtung:** Ausbildungsbeiträge nur bis zum 34. Geburtstag.

Die betriebliche Krankenversorgung

Was Sie darüber wissen sollten

		Seite
Die betriebliche Krankenversorgung (bKV)	Arbeitgeber-finanzierte Zusatzversicherungen für die Belegschaft – Tarif FlexMed – Tarif FlexMed Premium	250
	Arbeitgeber-organisierte Gruppenverträge	252
	Arbeitgeber-Fürsorge mit der internationalen Krankenversicherung für entsandte Mitarbeiter – FlexMed Global	252

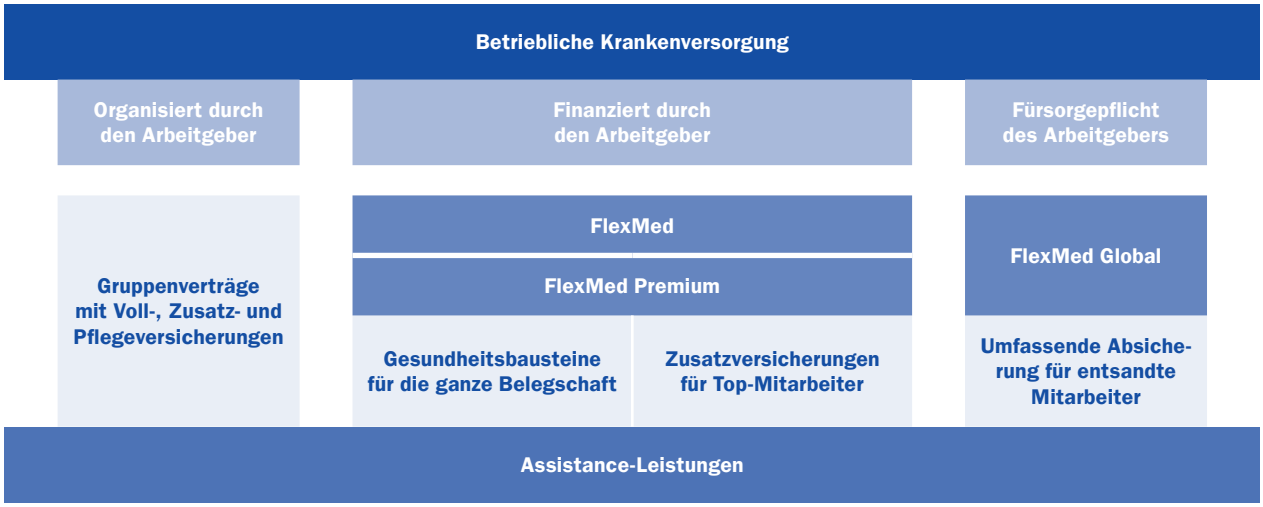
Die betriebliche Krankenversorgung (bKV)

Das Firmen-Ansprachekonzept fügt die Möglichkeiten der betrieblichen Krankenversorgung unter einem Dach zusammen. AXA bietet nicht nur klassische Gruppenverträge an, sondern sichert auch Belegschaften obligatorisch ab und gewährleistet einen weltweiten Krankenversicherungsschutz für entsandte Mitarbeiter.

Die internationale Ausrichtung der Märkte, der zunehmende Fachkräftemangel und die verstärkte Dienstleistungsorientierung erfordern neue Lösungen, um den Unternehmenserfolg zu sichern. Es gilt mehr denn je, qualifiziertes Fachpersonal zu finden und an das Unternehmen zu binden. Das erreicht man nur, indem ein außergewöhnlich attraktives Umfeld für gute Mitarbeiter geschaffen wird. Die betriebliche Krankenversorgung von AXA ist ein flexibles Mittel, um die Leistungsqualität des Unternehmens zu sichern und sich erfolgreich vom Wettbewerb abzuheben.

Gute Gründe, in Mitarbeiter zu investieren

- Gewinnung von leistungsstarkem Personal durch einen erlebbaren Mehrwert
- Bindung von Top-Kräften
- Nicht-monetäre Entlohnung für engagierte Mitarbeiter
- Steigerung der Produktivität durch gesunde Mitarbeiter



Hinweis
Für unterstützende Beratung stehen Ihnen unsere Firmenkundenberater gern zur Verfügung.

Arbeitgeber-finanzierte Zusatzversicherungen für die Belegschaft

Mit den frei kombinierbaren FlexMed Gesundheitsbausteinen von AXA gewinnen Unternehmen zufriedene Mitarbeiter, indem sie ein erlebbares Benefit schaffen. Die einzelnen Bausteine können dabei individuell zusammengestellt werden: von ausgesuchten Zusatzleistungen bis zum Top-Schutz. Auch innerhalb der einzelnen Bausteine können die Leistungsinhalte ganz flexibel festgelegt werden. So wird den Mitarbeitern eine attraktive Entlohnungsform geboten, die z. B. eine interessante Alternative zur klassischen Gehaltserhöhung darstellen kann.

Die Gesundheitsbausteine nach Tarif FlexMed sind flexibel kombinierbar

Ambulant	Zahn	Stationär	Ausland	Krankengeld
Sehhilfen	Zahnersatz %	Stationär komfort	Auslandsreise	Krankentagegeld
Augenvorsorge	Zahnersatz GKV +	Stationär 2	Reiseimpfung	
Heilpraktiker	Zahnprophylaxe	Stationär SU		
Vorsorge	Fluorid/Zahnstein			
Vorsorge S	Prophylaxe-Bonus			

So funktionieren die Gesundheitsbausteine

- Flexible Zusammenstellung des Leistungspaketes, auch innerhalb der Bausteine
- Abschluss des Leistungspaketes für eine fest definierte Gruppe von Mitarbeitern
- Versicherung von mindestens 50 Personen im gewählten Leistungsumfang
- Das Unternehmen ist Versicherungsnehmer und Beitragszahler
- Grundlage ist ein Gruppen-Rahmenvertrag
- Unisex-Prämien ohne Alterungsrückstellungen
- Individuelle Prämien auf Basis der Belegschaftsdemografie
- Keine Gesundheitsprüfung
- Einfache Anmeldung der Mitarbeiter über eine Meldeliste
- Mitversicherung von Familienangehörigen mit Gesundheitsprüfung möglich

Gesundheitsservices im Tarif FlexMed Bausteine

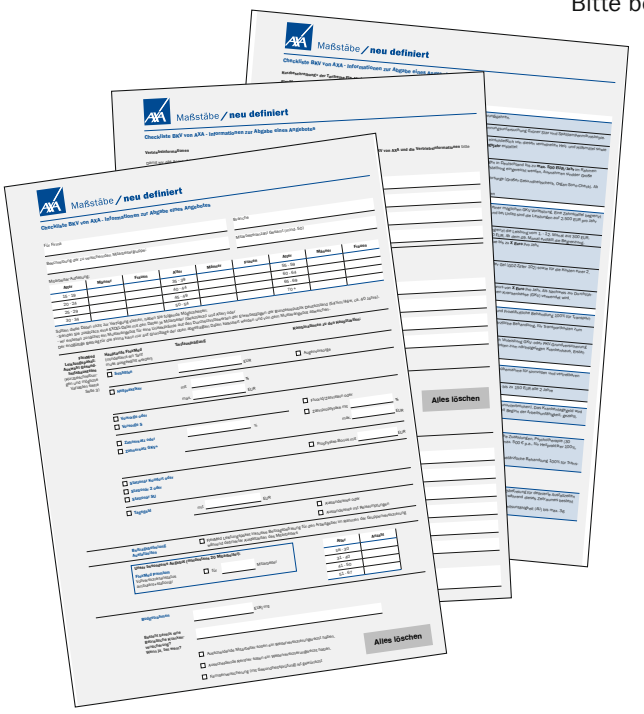
- Vorhandene kostenfreie Services für die Versicherten

Für alle Bausteine:

- **MediService – Service- und Beratungsleistungen**
  - Auskünfte und Erteilung von Informationen zu allgemeinen medizinischen Fragen und Dienstleistungen
  - Auskünfte zu ärztlichen, zahnärztlichen oder Apothekennotdiensten
  - Kontaktaufnahme zum behandelnden Arzt
  - Vermittlung von einer zweiten Arztmeinung und von Arztterminen
  - Versand von Informationsunterlagen an Versicherte
  - MediService Hotline (7 Tage/24 Std.)

Für den Auslandsreise-Baustein:

- **Unterstützung im Ausland in einem Notfall**
  - 24-Stunden-Notrufnummer



Bitte benutzen Sie für die Erstellung neuer Angebote die bKV-Checkliste. Sie finden diese auf dem jeweiligen VKF-Portal.

Die Kombinationsregeln von FlexMed

Ambulant	
FlexMed Augenvorsorge	nur in Verbindung mit FlexMed Sehhilfen
FlexMed Vorsorge/S	auch für PKV-versicherte Mitarbeiter
Zahnersatz/-prophylaxe	
FlexMed Zahnersatz %	nicht mit FlexMed Zahnersatz GKV+
FlexMed Zahnersatz GKV+	nicht mit FlexMed Zahnersatz %
FlexMed Zahnprophylaxe	nur in Verbindung mit einem Baustein FlexMed Zahnersatz %/ GKV+ oder FlexMed Vorsorge, nicht mit FlexMed Fluorid/Zahnstein
FlexMed Fluorid/Zahnstein	nur in Verbindung mit einem Baustein FlexMed Zahnersatz %/ GKV+ oder FlexMed Vorsorge, nicht mit FlexMed Zahnprophylaxe
FlexMed Prophylaxe-Bonus	nur in Verbindung mit einem Baustein FlexMed Zahnersatz %/GKV+
Stationär	
FlexMed Stationär Komfort	nicht in Verbindung mit FlexMed Stationär 2 oder SU
Flexmed Stationär 2	nicht in Verbindung mit FlexMed Stationär Komfort oder SU
Flexmed Stationär SU	nicht in Verbindung mit FlexMed Stationär 2 oder Komfort; auch für PKV-versicherte Mitarbeiter
Auslandsreisen	
FlexMed Auslandsreise	nur in Verbindung mit einem weiteren Gesundheitsbaustein
FlexMed Reiseimpfungen	nur in Verbindung mit FlexMed Auslandsreise
Krankentagegeld	
FlexMed Tagegeld	auch für PKV-versicherte Mitarbeiter

Mitarbeiter erstklassig behandeln mit Tarif FlexMed Premium

Unternehmen sind in besonderem Maße auf erstklassige Führungskräfte und Top-Mitarbeiter angewiesen. FlexMed Premium von AXA ist das ideale Instrument, um Top-Mitarbeiter zu gewinnen, die Gesundheit dieses exzellenten Personals zu erhalten sowie die Mitarbeiter zu binden. Denn viele dieser Mitarbeiter müssen sich mit den gesetzlichen Leistungen begnügen, weil ein Wechsel in die private Krankenversicherung noch nicht möglich oder nicht gewünscht ist. Mit FlexMed Premium können sich diese Führungskräfte direkt als Versicherte erster Klasse fühlen und einen hochattraktiven Mehrwert genießen.

So funktioniert FlexMed Premium

- FlexMed Premium ist für eine definierte Gruppe von Mitarbeitern obligatorisch absicherbar
- Bereits ab 20 Personen versicherbar
- Eine Gesundheitsprüfung der Mitarbeiter ist nicht notwendig. Es besteht jedoch keine Aufnahmemöglichkeit bei Krebs, Herzinfarkt, Epilepsie, Multipler Sklerose, Diabetes, Bluterkrankheit, HIV-Infektion
- Die Grundlage für die Absicherung der Mitarbeiter ist ein Gruppen-Rahmenvertrag
- Ihr Unternehmen ist Versicherungsnehmer und Beitragszahler
- Die Beiträge sind für die Belegschaft als Unisex-Prämien ohne Altersrückstellungen kalkuliert
- Die Anmeldung der Mitarbeiter erfolgt ganz einfach über eine Meldeliste
- Auch Familienangehörige können auf Wunsch – mit Gesundheitsprüfung – versichert werden

Die Vorteile von FlexMed Premium im Überblick

- Sofortiger Privatpatienten-Status für ambulante und ärztliche Behandlung
- Privat-Behandlung im Krankenhaus und Unterbringung im Zweibettzimmer
- Freie Arzt- und Krankenhauswahl
- Weltweiter Versicherungsschutz
- Medizinische Hotline rund um die Uhr
- Einfache Leistungsabrechnung zwischen AXA und gesetzlicher Krankenkasse „one face to the customer“ möglich
- Attraktive Überbrückung der Zeit bis zum Wechsel in die private Krankenversicherung

Die Leistungen von FlexMed Premium im Überblick

Ambulante Leistungen

- Jeweils 100% der Restkosten für
  - ärztliche Behandlung
  - ambulante Operationen
  - Arznei- und Verbandmittel
  - gesetzliche Zuzahlungen
  - Psychotherapie bis zu 30 Sitzungen
  - Krankenfahrten/Transport
  - Vorsorge und Impfungen im Rahmen der ärztlichen Programme
- 100% für Heil- und Hilfsmittel, je bis zu 500 Euro pro Versicherungsjahr
- 100% für ambulante Behandlungen durch Heilpraktiker, bis zu 500 Euro pro Versicherungsjahr
- 250 Euro alle zwei Jahre für Sehhilfen

Stationäre Leistungen

- Unterbringung im Zweibettzimmer
- Behandlung durch Privatarzt
- Freie Krankenhauswahl, nach Genehmigung auch Privatkliniken
- Fahrten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
- Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung pro Tag im Krankenhaus

Weitere Leistungen

- 100% Erstattung ambulanter und stationärer Rechnungen bis zum 3,5-fachen Satz der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte)
- Europaweiter Versicherungsschutz bis zu 6 Monaten bei Urlaub und dienstlichen Aufenthalten, außerhalb Europas bis zu 42 Tage
- Beitragsfreiheit bei Elternzeit, Pflegezeit und langfristiger Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeber-organisierte Gruppenverträge

Grundsätzlich kann jede Firma Ihr Ansprechpartner sein. Im Rahmen der Gruppenverträge stellen wir für diese Zielgruppen das passende Krankenversorgungsprogramm bereit. Generell können alle für das Neugeschäft geöffneten Tarife der AXA Krankenversicherung angeboten werden.

Der Gruppenvertrag

Voraussetzungen

- Vertragspartner ist eine rechtsfähige Firma, AG, KG, oHG, GmbH etc.
- Mindestens 20 Personen des versicherbaren Personenkreises werden versichert.
- Der zu versichernde Personenkreis wird fest umschrieben, z. B. „alle Angestellten“.

Vorteile für den Versicherten

- Beitragsrabatt
- Betriebsinhaber, Vorstände und Geschäftsführer sowie Familienangehörige können zu den Sonderkonditionen mitversichert werden.
- Scheidet ein Mitarbeiter aus dem im Gruppenvertrag definierten Personenkreis aus, so kann der Vertrag zu Normalkonditionen ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten weitergeführt werden.

Arbeitgeber-Fürsorge mit der internationalen Krankenversicherung für entsandte Mitarbeiter

Heute noch Shanghai, morgen bereits Paris und ab November für drei Jahre nach New York. Im Zuge der Globalisierung setzen international tätige Unternehmen ihre Fach- und Führungskräfte als sogenannte Expatriates auf der ganzen Welt ein – und müssen dort für eine adäquate Gesundheitskostenabsicherung sorgen. Unabhängig davon, ob es sich um eine kurzfristige Dienstreise oder um einen längerfristigen Aufenthalt handelt, hat ein Arbeitgeber eine Verantwortung gegenüber seinen Angestellten und haftet für eventuell entstehende Krankheitskosten. Dies gilt auch für mitreisende Familienmitglieder. Um diese gesetzlich vorgeschriebene Fürsorgepflicht optimal zu erfüllen, bietet AXA mit dem Tarif FlexMed Global einen ganzheitlichen, zuverlässigen und weltweit gültigen Krankenversicherungsschutz an. Auch für ausländische Mitarbeiter, die in Deutschland arbeiten und einen bestmöglichen Krankenschutz benötigen, ist FlexMed Gobal die erste Wahl. Eine spezielle Tarifvariante für diese Personengruppe genügt der deutschen Versicherungspflicht und ist zudem arbeitgeberzuschussfähig.

So funktioniert FlexMed Global

- Grundlage für die Absicherung der Mitarbeiter ist ein Gruppenvertrag
- Versicherungsnehmer ist das Unternehmen mit Sitz in Deutschland
- Versichert werden alle Mitarbeiter, die von ihrem Arbeitgeber ins Ausland entsendet werden sowie mitreisende Familienmitglieder
- FlexMed Global ist bereits ab 5 Mitarbeiter versicherbar
- Ab 10 Mitarbeitern entfällt die Gesundheitsprüfung
- Die An- und Abmeldung der Mitarbeiter erfolgt einfach und schnell über ein Online-Portal

Die Vorteile von FlexMed Global im Überblick

- Freie Arzt- und Krankenhauswahl
- Status als Privatpatient bei ambulanten und stationären Behandlungen
- Exzellenter, mehrsprachiger 24-Stunden-Notfallservice inkl. medizinischer Hotline
- Zugriff auf ein weltweites Netzwerk von ausgewählten medizinischen Leistungserbringern
- Kostenübernahmegarantien für den Krankenhausaufenthalt
- Direktabrechnung mit Leistungserbringern zur Vermeidung einer finanziellen Vorleistung
- Medizinischer Rücktransport
- Hervorragendes Preis-Leistungs-Verhältnis
- Schnelle Abrechnung via Internet
- Umfassende Online-Services für Expatriates und Personalverantwortliche
- Persönliche Versichertenkarte
- Möglichkeit der Weiterversicherung nach Abschluss der Entsendung

Die Leistungen von FlexMed Global im Überblick

Ambulante Behandlung

100 % für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung
100 % für Heilmittel bis 1.000 Euro pro Versicherungsjahr
100 % für Hilfsmittel bis 1.000 Euro pro Versicherungsjahr
100 % für Schutzimpfungen bis 250 Euro pro Versicherungsjahr
100 % für Sehhilfen bis 150 Euro pro Versicherungsjahr
100 % für alternative Heilmethoden bis 1.000 Euro pro Versicherungsjahr
100 % für Vorsorgeuntersuchungen bis 500 Euro pro Versicherungsjahr
100 % für Psychotherapie bis 20 Sitzungen pro Versicherungsjahr

Stationäre Behandlung

- Privatärztliche Behandlung
- Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibett-Zimmer
- Krankentransport
- 100 % für stationäre Anschlussrehabilitation

Zahnbehandlung und -ersatz

100 % für Zahnbehandlung
100 % für Zahnersatz
100 % für professionelle Zahnreinigung bis 100 Euro pro Versicherungsjahr
100 % für kieferorthopädische Behandlungen, sofern die Maßnahme vor Vollendung des 20. Lebensjahres begonnnen wurde
100 % für unfallbedingte kieferorthopädische Behandlungen

Für Zahnersatz und Kieferorthopädie werden insgesamt bis 1.500 Euro pro Versicherungsjahr erstattet.

Assistance-Leistungen

100 % für Rücktransport und Notfallhilfe

- Information zur medizinischen Versorgung vor Ort
- Erteilung von Kostenübernahmegarantien
- Unterstützung im Fall abhanden gekommener Unterlagen
- Benachrichtigung der Angehörigen im Krankheitsfall
- Übersetzung medizinischer Unterlagen

Inhalt	Seite
Adoptivkinder	256
Aktiver Gesundheits-Service/ gesundheitsservice360°	256
Alternative Heilmethoden und Arzneimittel	256
Altersteilzeit	256
Alterungsrückstellung	256
Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussgesundheitsmaßnahme	256
Anwartschaftsversicherung – Beiträge	257
Anzeigepflicht bei Antragstellung	258
Apotheker	258
Arbeitgeberwechsel	258
Arbeitgeberzuschuss	258
Arbeitslosigkeit	258
Arbeitsunfähigkeit	259
Arzneimittel	259
Arzneimittelmanagement	259
Arztbericht-/Arztzeugniskosten	259
Attestkosten	260
Auslandsreise-Krankenversicherung bei mehrjährigem Auslandsaufenthalt –> Kapitel **Auslandsreiseversicherung**	260
Auslandsschutz der GKV	260
Auslandsschutz der AXA Krankenversicherung	260
Aussteuerung	260
Basistarif	260
Befreiung von der Versicherungspflicht	261
Beginn des Versicherungsschutzes	262
Begleitperson	262
Beihilfe	262
Beitragsanpassung	262
Beitragsbemessungsgrenze	262
Beitragsberechnung der GKV	263
Beitragskalkulation der PKV	263
Beitragsnachlass	263
Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus	263
Beitragsstabilisierende Leistungsprüfung	264
Bergungskosten	264
Berufsunfähigkeit	264
Berufsunfall	265
Bescheinigungen	265
Billigungsklausel	265
Body-Mass-Index	265
Brillen und Kontaktlinsen	265
Bundeswehr	266
Bürgerentlastungsgesetz	266
Case-Management/Patientenbegleitung	266
ChipCard	266
Cost-Containment USA	266
Datenschutz	266
Disease-Management/Patientenbegleitung	267
Doppel- und Mehrfachversicherung	267
DRG (Diagnosis Related Groups)	267
Dynamik	267
Eintrittsalter	267
Eigenanteil in der GKV	267
Elterngeld	267
Elternzeit	267
Entbindung	268
Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen	268
Erhöhung des Versicherungsschutzes	268
Ersatzleistungen bei Krankenhausaufenthalt	268
Erschwerung	268
Erstattungsanspruch – Was ist im Versicherungsfall zu tun?	268
Familienversicherung	269
Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)	269
Freigabeverhandlungen	270
Freiwillige Mitgliedschaft bei der GKV	270
Frühförderung und Sozialpädiatrie	270
Gärtner –> Landwirte	280
Gebührenordnungen	270
Gehaltsfortzahlung	271
Gemischte Anstalten	271
Geringfügige Beschäftigung	271
Gesellschafter-Geschäftsführer	271
Gesetzlicher Zuschlag	271
gesundheitsservice360°	272
Grenzgänger	272
Grenzwerte	272
Hausarzt –> Primärarzt	281
Hausfrauenbeiträge in der GKV	272
Haushaltshilfe/Häusliche Krankenpflege	272
Heilfürsorge	273
Heilmittel	273
Heil- und Kostenplan	273
Heilpraktiker	273
Hilfsmittel	273
Höchstaufnahmealter	273
Honorarvereinbarung	273
Hospiz und Palliativversorgung	274
Impfungen	274
Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE)	274
Karenztage	274
Kieferorthopädie	274
Kinderbeiträge der GKV	274
Kinder-/Jugendlichen-/Erwachsenenbeiträge	274
Kinder-Nachversicherung	274
Kostenerstattung bei der GKV (§ 13 Abs. 2 SGB V)	275
Krankengeld bei der GKV	275
Krankenhaus, Wahlleistungen	276
Krankenhauswahl	276
Krankenkassenwahl	276
Krankentagegeld bei AXA Krankenversicherung	276
Kündigung bei der GKV	277
Kündigung bei der PKV	277
Kündigung durch die AXA Krankenversicherung	279
Künstler/Publizisten	279
Kur- und Sanatoriumsbehandlung	279
Landwirte	280
Leistungsende bei der GKV	280
Leistungskürzung in der GKV	280
Medi-Service	280
Medizinische Notwendigkeit	280
Mutterschaftsgeld	280
Nachmeldepflicht	281
Nettoeinkommen –> Krankentagegeld bei AXA Krankenversicherung und Kapitel **Annahmerichtlinien**	276 289
Obst- und Gemüsebauer –> Landwirte	280
Optionsmöglichkeiten	281

Inhalt	Seite
Pflegeversicherung – Leistungen im Pflegefall	281
Primärarzt	281
Privatkliniken	282
Probeantrag	282
Progressionsvorbehalt	282
Psychotherapie	282
Rechnungs-Check	282
Regelmäßiger Verdienst	282
Rehabilitation	283
Rentner	283
Rück-/Vordatierung	283
Rücktritt	283
Ruhensvereinbarung	284
Sammelinkassovertrag	284
Scheidung	284
Selbstständige	284
Selbstbehalt	284
Selbstbeteiligung im Krankenhaus	284
Sozialgesetzbuch V	284
Soziotherapie	284
Standardtarif für Nichtversicherte (modifizierter Standardtarif) –> Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG)	287
Steuern	284
Studenten	285
Teilstationäre Behandlung	285
Tierarzt	285
Transportkosten	285
USA – Auslandsbetreuung	285
Versicherungsjahr	285
Versicherungspflicht	285
Versorgungsbezüge	286
Vertragsgrundlage	286
Vorsorgeuntersuchungen	286
Wartezeiten	286
Wehrpflichtige	286
Weinbauern, Winzer –> Landwirte	280
Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG)	287
Widerrufsrecht	287
Wohnortklausel	287
Zahnärztliche Leistungen	287
Zahnlaborkosten	287
Zahnstaffel	288
Zeitsoldaten	288
Zusatzbeitrag der GKV	288

Wichtig

In den Stichwörtern werden die AXA Krankenversicherung und die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung, unter der Bezeichnung des Risikoträgers AXA Krankenversicherung zusammengefasst, sofern nicht eine ausdrückliche Erwähnung der DBV Krankenversicherung aus inhaltlichen Gründen sinnvoll ist.

Adoptivkinder
Siehe Stichwort Kinder-Nachversicherung.

Aktiver Gesundheits-Service/gesundheitsservice360°
Weitere Informationen zum Gesundheitsmanagement/ gesundheitsservice360° von AXA finden Sie auf den Seiten 203 – 213.

Alternative Heilmethoden und Arzneimittel
Kosten für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Arzneimittel werden erstattet, wenn sie von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Dies ist bei den meisten Behandlungen – auch durch Heilpraktiker – der Fall. Darüber hinaus wird aber auch für alternative Methoden und Arzneien geleistet, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben wie schulmedizinische Methoden. Eine Übersicht bietet hier das Merkblatt „Alternative Heilbehandlung“ (Nr. 21001935 – Fax-Abruf: 0221 148-61177). Im Interesse der Kunden sollte vor Behandlungsbeginn geklärt werden, wie eine bestimmte Methode oder ein Arzneimittel einzuordnen ist. Der Leistungsbereich gibt in diesem Fall gerne genauere Auskunft.

Außerdem ist zu beachten, dass die Behandlungskosten nicht höher sein dürfen als bei Anwendung schulmedizinischer Methoden. Es wird auch vorausgesetzt, dass das medizinisch notwendige Maß nicht überschritten wird.

Falls keine schulmedizinischen Behandlungsmethoden vorhanden sind – insbesondere bei derzeit noch unheilbaren Erkrankungen wie z. B. Krebs, AIDS und Multiple Sklerose –, leisten wir ebenfalls für alternative Heilmethoden.
Auf jeden Fall empfiehlt sich eine Abklärung vor dem Therapiebeginn mit dem Leistungsbereich.

Altersteilzeit
Altersteilzeit bedeutet, dass der Berufstätige die vertragliche Arbeitszeit bis zum Rentenbeginn reduziert – z. B. auf 50 %. Damit verbunden ist die Absenkung des Einkommens. Dadurch kann Krankenversicherungspflicht eintreten. Wer in den letzten fünf Jahren privat krankenversichert war, wird in der Regel nicht krankenversicherungspflichtig. Gleiches gilt für Arbeitnehmer, die sich bereits vor der Altersteilzeit von der Krankenversicherungspflicht haben befreien lassen. Die Versicherungspflicht gilt nicht für Altersteilzeitarbeitnehmer, die bereits das 55. Lebensjahr vollendet haben – sie sind grundsätzlich versicherungsfrei.

Falls der Kunde in die GKV eintreten möchte, ist Folgendes zu beachten:
- Auf keinen Fall die private Krankenversicherung sofort kündigen! Zum Rentenbeginn kann der Versicherte wieder in die private Krankenversicherung wechseln.
- Stellen Sie den Vertrag ruhend, damit die Alterungsrückstellung des Kunden erhalten bleibt.
- Schließen Sie die Lücken der GKV durch Zusatzversicherungen.
- Nach Ablauf der Mindestzeit BEA-U beitragfrei stellen.
- Verminderung des Krankentagegeldes aufgrund der geänderten Einkommenssituation notwendig.

Alterungsrückstellung
Der Beitrag für die private Krankenversicherung richtete sich bisher nach dem Geschlecht, dem Gesundheitszustand und dem Eintrittsalter. Mit Einführung der Unisex-Tarife entfällt ab dem 21.12.2012 das Kriterium „Geschlecht“ für die Beitragsberechnung. Da in höherem Alter auch höhere Leistungsausgaben anfallen, müsste der Beitrag mit zunehmendem Alter steigen. Damit das nicht passiert, wird ein Teil des Beitrags als Vorsorgepolster für das Alter angespart – die sogenannte Alterungsrückstellung. Im hohen Alter wird dieses Polster wieder sukzessive aufgelöst, damit der Beitrag stabil bleibt (Im Fall einer Beitragsanpassung erfolgt diese aufgrund von Kostensteigerungen, aber nicht aufgrund der altersbedingten Mehrleistungen. Vgl. auch Stichwort Beitragsanpassung).

Die Alterungsrückstellung legen wir verzinslich an, wobei 3,5 % Zins garantiert sind und entsprechend einkalkuliert werden. Durch die Kapitalanlage der Alterungsrückstellungen erzielen wir in der Regel Zinsgewinne, die über den garantierten Zins von 3,5 % hinausgehen. 90 % dieser zusätzlichen Zinsgewinne werden in der sogenannten „Zusätzlichen Alterungsrückstellung“ (kurz: ZAR) zur späteren Verwendung angesammelt.

Die ZAR-Mittel werden ab dem 65. Lebensjahr zur Beitragsstabilisierung verwendet. Das bedeutet, dass bei jeder Beitragsanpassung ab dem 65. Lebensjahr stets so viel aus der ZAR entnommen wird, wie man braucht, um den Beitrag stabil zu halten. Das geschieht so lange, wie ausreichend Mittel in der ZAR vorhanden sind.

Sind zum 80. Lebensjahr noch Mittel in der ZAR vorhanden, wird diese komplett ausgeschüttet und es kommt zu einer Beitragssenkung.

Mit Einführung des Basistarifs zum 01.01.2009 wird eine Mitgabe von Teilen der Alterungsrückstellungen möglich.

Bestandskunden mit Versicherungsbeginn vor dem 01.01.2009:
Die Mitgabe der Alterungsrückstellungen ist nur möglich bei Wechsel in den Basistarif des bisherigen Versicherers und
- Vollendung des 55. Lebensjahres oder
- Anspruch auf Rente oder Ruhegehalt oder
- Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII

Neukunden mit Versicherungsbeginn ab dem 01.01.2009:
- beim Wechsel zu einem neuen Versicherer in den Basistarif oder Normaltarif erfolgt die Mitgabe der Alterungsrückstellungen in Höhe des Basistarifes
- Wechsel beim bisherigen Versicherer in den Basistarif erfolgt unter Mitgabe der kompletten Alterungsrückstellung

Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM)
Bei der Anschlussheilbehandlung und der Anschlussgesundheitsmaßnahme handelt es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Versicherungsträger, die sich unmittelbar an die stationäre Behandlung anschließen müssen. Zwischen Beendigung der Behandlung im Akutkrankenhaus und dem Beginn der AHB bzw. AGM dürfen im Bereich Privat höchstens zwei Wochen und im ÖD-Bereich höchstens vier Wochen liegen. Die Kosten werden in der Regel (Angestellte, ggf. Selbstständige) vom Rentenversicherungsträger aufgrund einer bestehenden oder früheren Mitgliedschaft gezahlt.

Wichtig:
Sobald der Arzt den Patienten über die Notwendigkeit einer AHB/AGM das erste Mal informiert, soll der Kunde
- bei seinem Renten- oder sonstigen Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung (ehemals BfA, LVA, Bundesknappschaft), Berufsgenossenschaft, Ärzteversorgung) einen Antrag auf Kostenübernahme stellen (bzw. vom Sozialen Dienst im Krankenhaus stellen lassen), da die Leistungen des (Renten-)Versicherungsträgers vor Beginn der Maßnahme beantragt sein müssen,

- sofern beihilfeberechtigt, soll der Kunde Kontakt mit seiner zuständigen Beihilfestelle aufnehmen,
- den **Leistungsbereich** telefonisch **informieren**, damit eventuell notwendige Hinweise rechtzeitig gegeben werden können.

Falls der Renten- oder sonstige Versicherungsträger Leistungen ganz oder teilweise ablehnt, prüft die AXA Krankenversicherung die Möglichkeit einer Kostenübernahme im bedingungsgemäßen Umfang. In diesem Fall muss der Ablehnungsbescheid vorgelegt werden.

Die Anschrift der Deutschen Rentenversicherung Bund lautet:
10704 Berlin, Telefon: 030 865-0
Servicetelefon: 0800 1 0004800

Wann werden die Kosten für eine Anschlussheilbehandlung bzw. für eine Anschlussgesundheitsmaßnahme übernommen?

1. Voraussetzung: Die AHB bzw. AGM ist medizinisch indiziert.
2. Voraussetzung: **Kein** Anspruch auf Kostenübernahme durch den gesetzlichen Reha-Träger (Deutsche Rentenversicherung (ehemals BfA, LVA, Bundesknappschaft), BG, GKV …) oder sonstigen Kostenträger. (Ausnahme: Beihilfeleistung)
3. Voraussetzung: Beginn des Aufenthaltes maximal 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus
4. Voraussetzung:
   Grundsätzlich: vorherige schriftliche Zusage (weil die Durchführung meist in einer „gemischten Anstalt“ erfolgt).

Bei den folgenden Diagnosen verzichten wir gemäß VG 001 §4 MB/KK Nr. 27 TB 2012 auf die vorherige schriftliche Leistungszusage:
– Bypass-Operation
– Herz-/Reinfarkt oder Herztransplantation
– Gelenkersatzoperationen
– Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall)
– Bandscheibenoperation
– Krebsoperation oder -bestrahlung
– Nierentransplantation
– schwere Schädel-Hirn-Verletzungen

- Sind alle 4 Voraussetzungen erfüllt, werden die Kosten entsprechend den AVB und dem Tarif übernommen.

Siehe auch Stichwort **Kur und Sanatoriumsbehandlung.**

Anwartschaftsversicherung

Die Anwartschaftsversicherung (AWV) dient dem Erwerb und der Wahrung von Rechten für Zeiten, in denen der Versicherungsschutz unterbrochen wird. Für Heilfürsorgeberechtigte ist auch eine AWV ab Beginn möglich (s. a. Annahmerichtlinien Seite 289). Während der Anwartschaft besteht kein Versicherungsschutz. Die Dauer der AWV wird auf evtl. vorhandene Wartezeiten angerechnet. Wir unterscheiden zwischen der Großen und der Kleinen AWV.

Große AWV
Bei der Großen Anwartschaft wird der ursprüngliche Vertragszustand festgehalten. Eine Aktivierung – also die Inkraftsetzung des Vertrages – ist ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich. Die Alterungsrückstellungen werden während der Anwartschaft weiterhin aufgebaut. Nach Beendigung der Anwartschaft ist der Beitrag für die Krankenversicherung zu zahlen, der zu zahlen wäre, wenn der Vertrag ununterbrochen mit Leistungsanspruch bestanden hätte.
Achtung – durch evtl. Beitragsanpassungen während der Anwartschaft kann sich der Beitrag nach der Anwartschaft von dem Beitrag vor der Anwartschaft unterscheiden.

Kleine AWV
Bei der Kleinen Anwartschaft wird der ursprüngliche Vertragszustand festgehalten. Eine Aktivierung des Vertrages ist ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich. Die Alterungsrückstellungen werden während der AWV konserviert.
Bei Inkraftsetzung wird der Beitrag nach dem dann erreichten Lebensalter berechnet. Soweit anrechenbare Rückstellungen aus der Zeit vor Beginn der Anwartschaft vorhanden sind, werden diese beitragsmindernd angerechnet.

Anwartschaftsversicherung – Beiträge

Der Beitrag für die Kleine Anwartschaft beträgt 5% des Tarifbeitrags. Die Beitragssätze für die Große Anwartschaft finden Sie in der folgenden Tabelle:

Tarif	in % des Monatsbeitrags der Grundversicherung bei einer Versicherungsdauer		
	bis 4 Jahre	5 bis 9 Jahre	ab 10 Jahre
Vollversicherung Privatwirtschaft			
Vital300-U	60%	55%	50%
Vital900-U	55%	45%	40%
EL Bonus-U	50%	45%	40%
KGSU-U	80%	75%	65%
Premium Zahn-U	30%	20%	10%
Komfort Zahn-U	30%	20%	10%
Kompakt Zahn-U	20%	10%	10%
Vollversicherung Privatwirtschaft Heilberufe			
VA2-U	50%	45%	40%
KGH2-U	60%	60%	55%
VZ Zahn-U	35%	30%	25%
Sinnvolle Ergänzungen			
KHT-U	55%	50%	45%
KHTA-U	65%	65%	60%
KUR-U	85%	80%	65%
Zusatzversicherung Privatwirtschaft			
EG035-U	50%	40%	20%
EG080-U	50%	40%	20%
Komfort-U	60%	55%	55%
KGH2-UZ	60%	60%	55%
KUR-UZ	85%	80%	65%
Krankentagegeldversicherungen			
KTG 21-U	40%	30%	15%
KTG 28-U	35%	25%	15%
KTGV 42-U	50%	40%	25%
KTGG 42-U	45%	30%	15%
KTG 91-U	45%	40%	25%
KTG 182-U	45%	40%	25%
KTGA 14-U	60%	50%	35%
KTGA 21-U	65%	55%	40%
KTGA 28-U	65%	55%	40%
KTGA 42-U	65%	55%	40%
Vollversicherung ÖD/ÖS s. Kapitel „Beihilfeberechtigte“ S. 138			

Es gelten die „Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die große Anwartschaft“ VG228.

Der Anwartschaftsbeitrag für **Tarif PVN** beträgt 5,61 Euro und für **Tarif PVB** 4,43 Euro.

Für folgende Tarife ist **keine Anwartschaft** möglich:

- ARE
- ARE-A
- ARJ
- BEA-U
- DENT
- Optionstarife
- VIA
- VIAmed
- VIAplus
- Ausbildungstarife

Anzeigepflicht bei Antragstellung

Die Erfüllung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durch den Kunden ist die wesentliche Grundlage für einen gesunden Bestand und Voraussetzung für reibungslose Abläufe in einem Vertragsverhältnis, das seinem Wesen nach ohne vermeidbaren Ärger nur auf der Basis gegenseitigen Vertrauens funktioniert. Beachten Sie bitte auch die Präambel vor den Fragen zum Gesundheits- und Gebisszustand. Alle Angaben zur Vorgeschichte müssen im Antrag vermerkt sein – dann kann später nichts passieren.
Hier hat der Vermittler, insbesondere, wenn er selbst den Antrag ausfüllt, eine besonders hohe Mitverantwortung. Auch eine Bagatellisierung stellt eine Anzeigepflichtverletzung dar.
Wird der Antrag nach dem Invitatiomodell aufgenommen, so betrifft die Anzeigepflicht auch noch die Zeit zwischen Invitatio zur Angebotsabgabe und Annahme unseres Angebotes zum Vertragsabschluss. Sagen Sie dem Kunden, dass er eventuelle Veränderungen des Gesundheits- und/oder Gebisszustandes bzw. Schwangerschaften bitte umgehend schriftlich nachmelden soll, wenn sie vor der Antragsannahme eintreten.
Die Anzeigepflicht einschließlich dieser Nachmeldepflicht gilt entsprechend für Angaben zu Vorversicherung, Beruf, Alter und Familienstand.
Beim Antragsmodell unterliegt der Versicherungsnehmer keiner Nachmeldepflicht.

Apotheker

Für eine Vollversicherung gelten die Tarife der Arbeitnehmer und Selbstständigen.

Zu den Krankentagegeldern einschließlich der versicherbaren Tagegeldhöhen und Krankenhaustagegeldern einschließlich der Tagegeldhöhen siehe Kapitel **Annahmerichtlinien**.

Arbeitgeberwechsel

Bei Wechsel des Arbeitgebers sind Arbeitnehmer nicht mehr versicherungspflichtig, wenn ihr neues Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt.
Wenn sich das Einkommen des Kunden z. B. durch Arbeitgeberwechsel stark verändert, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

Siehe auch Stichwörter **Jahresarbeitsentgeltgrenze, Kündigung bei der GKV, Optionsmöglichkeiten.**

Arbeitgeberzuschuss

Arbeitnehmer mit einer privaten Vollkostenversicherung erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss, wenn ihr Vertrag Leistungen vorsieht, die der Art nach den Leistungen der GKV entsprechen. Der Zuschuss wird nur gewährt, wenn das Versicherungsunternehmen gem. § 257 SGB V folgende fünf Voraussetzungen erfüllt (trifft für AXA zu):

1. Die Krankenversicherung muss nach Art der Lebensversicherung betrieben werden.
2. Das Versicherungsunternehmen muss den Basistarif anbieten.
3. Der überwiegende Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, muss zugunsten der Versicherten verwendet werden.
4. Auf das vertragliche ordentliche Kündigungsrecht muss verzichtet werden.
5. Die Krankenversicherung darf nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betrieben werden.

Für Beiträge von privat krankenversicherten Familienangehörigen ist der Zuschuss zu zahlen, wenn bei Mitgliedschaft des Arbeitnehmers in der GKV Anspruch auf Familienversicherung bestünde. Bei alleine bestehenden Zusatzversicherungen wird kein Arbeitgeberzuschuss gezahlt.

Wird ein Arbeitnehmer nicht zum Ersten eines Kalendermonats eingestellt, so kann der Arbeitgeber den Zuschuss zeitanteilig zahlen (z. B. nur 50 % bei Einstellung am 15. des Monats).

Der maximale Arbeitgeberzuschuss zum PKV-Beitrag wird jeweils zum 1. Januar eines jeden Jahres neu festgelegt. Der Arbeitgeberzuschuss beträgt die Hälfte des Beitrages für die private Vollkostenversicherung, jedoch maximal die Hälfte des Beitrags, der bei Anwendung des um 0,9 % verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre (siehe Tabelle Seite 6). Für eine Krankenhaustagegeldversicherung in Verbindung mit einer Vollkostenversicherung gibt es einen Arbeitgeberzuschuss – nicht jedoch für eine Pflegezusatzversicherung.

Zur privaten Pflegepflichtversicherung (PVN) zahlt der Arbeitgeber einen Zuschuss in halber Beitragshöhe, maximal jedoch die Hälfte des Höchstbeitrages in der sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV). Dieser Höchstbeitrag (siehe Tabelle Seite 6) gilt auch für Kunden, die seit dem 01.01.1995 in der PKV pflegeversichert sind.

Eine entsprechende Bestätigung über die versicherten Tarife und den Beitragsaufwand wird automatisch mit dem Versicherungsschein und danach jeweils zum Jahreswechsel zugeschickt.

Siehe Stichwort **Bescheinigungen** und **Grenzwerte,** S. 6.

Arbeitslosigkeit

Werden privat krankenvollversicherte Arbeitnehmer arbeitslos, so müssen sie sich grundsätzlich in der GKV versichern. Voraussetzung ist, dass sie Arbeitslosengeld I erhalten. Der Arbeitslose kann sich innerhalb von 14 Tagen entscheiden, in welcher Krankenkasse er Mitglied werden will. Übt er sein Wahlrecht nicht aus, so bestimmt das Arbeitsamt die Kasse.

Seit 01.04.1998 können sich privat Krankenversicherte bei Arbeitslosigkeit auch von der Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen. Vorausgesetzt, sie waren in den letzten fünf Jahren nicht gesetzlich krankenversichert. Tritt die Versicherungspflicht aufgrund Arbeitslosigkeit nach Vollendung des 55. Lebensjahres ein, muss unterschieden werden:

- bei Bezug von Arbeitslosengeld I ist eine Befreiung nicht notwendig, der Bezug des Arbeitslosengeldes I löst bei diesem Personenkreis also keine Versicherungspflicht aus (es sei denn, sie erfüllen die „Vorversicherungszeit“ von 5 Jahren nicht, siehe Stichwort **Versicherungspflicht).**

Befreit sich der Kunde nicht von der Versicherungspflicht, so kann – mit Nachweis der Arbeitslosigkeit – die Vollversicherung bei uns zum Monatsende beendet werden oder aber sie wird für 6 Monate beitragsfrei ruhend gestellt. Gegen Zahlung von Anwartschaftsbeiträgen ist eine Verlängerung des Ruhens auf insgesamt 36 Monate möglich. Ausnahme

von der Versicherungspflicht: ALG II siehe §5 Absatz 5a SGB V.

Der Versicherte sollte uns schnellstmöglich über den Eintritt der Arbeitslosigkeit informieren. Ggf. ist eine Anpassung der KT-Absicherung notwendig. Das Tagegeld wird, wenn nicht die Möglichkeit der kompletten Anwartschaft gewählt wird, auf das geminderte Nettoeinkommen, d. h. die vom Arbeitsamt zu erbringenden Leistungen (Arbeitslosengeld I/II, Unterhaltsgeld, Beiträge zur privaten Kranken und Pflegeversicherung sowie zur gesetzlichen (oder privaten) Rentenversicherung, die der Arbeitslose selbst zahlt), herabgesetzt. Der darüber hinausgehende Teil kann für die Zeit der Arbeitslosigkeit, max. aber für 3 Jahre, auf Anwartschaft gesetzt werden. Tritt während der Arbeitslosigkeit eine Arbeitsunfähigkeit ein, erhält der Arbeitslose für 42 Tage Leistungen vom Arbeitsamt. Ab dem 43. Tag sieht das Arbeitsamt keine Leistungen mehr vor, so dass dann Leistungen aus der (geminderten) KT-Versicherung erbracht werden. Die Leistung wird für längstens 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren gezahlt (s. auch Aussteuerung). Achtung: Diese Regelung ist nicht mit der Regelung der VG 002 MB/KT Nr. 35 TB 2012 zu verwechseln. Nr. 35 regelt die Zahlung des Krankentagegeldes, wenn zum Zeitpunkt der Arbeitslosigkeit bereits eine Arbeitsunfähigkeit bestand. In diesen Fällen wird das versicherte Krankentagegeld bis max. 12 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit – in bisheriger Höhe – weitergezahlt.

Arbeitsunfähigkeit

Was ist Arbeitsunfähigkeit?
Eine Arbeitsunfähigkeit liegt gemäß § 1 (3) MB/KT vor, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund seine berufliche Tätigkeit vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Es muss also eine vorübergehende und 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliegen.

Teilarbeitsunfähigkeit bei Arbeitnehmern
Im Rahmen einer beruflichen stufenweisen Wiedereingliederung im Sinne von § 74 SGB V oder § 28 SGB IX wird Krankentagegeld auch gezahlt, wenn keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.
Die Zahlungen erfolgen bis zum Ende der Wiedereingliederung, aber höchstens für einen Zeitraum von 6 Monaten. Vergütungen des Arbeitgebers werden auf das Krankentagegeld angerechnet.

Teilarbeitsunfähigkeit bei Selbstständigen
Bei einer Teilarbeitsunfähigkeit erfolgt keine Krankentagegeldzahlung.

Beiträge zur Arbeitslosenversicherung
Unsere Kunden erhalten ihr KT ungekürzt ausgezahlt. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von uns direkt an die Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg überwiesen – der Versicherte muss sich hierum nicht kümmern.

Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung
Diese Beiträge trägt der Kunde während der Arbeitsunfähigkeit selbst.
Gesetzliche Rentenversicherung
Damit Zeiten der Arbeitsunfähigkeit auch nach Ablauf der Gehalts- oder Lohnfortzahlung in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) angerechnet werden, können privatversicherte Arbeitnehmer für längstens 18 Monate freiwillig Beiträge zur Rentenversicherung zahlen. Hierzu muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit ein Antrag beim zuständigen Rentenversicherungsträger gestellt werden.

Versorgungslücke bei GKV-Versicherten
Das von der GKV berechnete Krankengeld darf höchstens 90% des Nettolohns betragen, darüber hinaus vermindert sich das Krankengeld der GKV noch um den Anteil, den Versicherte an die Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung zu entrichten haben. Die entstehende Versorgungslücke kann durch eine KT-Versicherung ausgeglichen werden.

Die Leistungsbearbeitung
- Der Kunde informiert den Versicherer telefonisch oder schriftlich über die Arbeitsunfähigkeit, wenn absehbar ist, dass die Arbeitsunfähigkeit über die Karenzzeit (z. B. 42 Tage) hinausgeht. Diese Meldung muss innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der Karenzzeit erfolgen (VG 002 § 9 MB/KT Nr. 26 TB 2012).
- Der Kunde erhält ein Formular zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit. Dieses Formular wird vom Arzt des Versicherten ausgefüllt und an den Versicherer wieder zugeschickt. Nach der Bearbeitung geht ein Formular wieder an den Kunden zurück, damit die weitere Arbeitsfunfähigkeit bestätigt werden kann.
- Das Krankentagegeld kann nur für einen rückwirkend bestätigten Zeitraum gezahlt werden. Für Prognosen in die Zukunft wird kein Krankentagegeld gezahlt.

Arzneimittel

Erstattet werden die Kosten für alle aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) oder einer behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogenen Arzneimittel (VG 001 § 4 (3) MB/KK und Nr. 21 und 22 TB 2012), die vom Leistungserbringer im Gesundheitswesen vor dem Bezug verordnet wurden und medizinisch notwendig sind, jedoch nicht:
- empfängnisverhütende Mittel
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion oder Steigerung der sexuellen Potenz
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung, Regulierung des Körpergewichts und Abführmittel
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses und Raucherentwöhnung
- Präparate im Rahmen von Anti-Aging-Behandlungen, Lifestyle- oder kosmetischen Behandlungen
- Vitaminpräparate, Stärkungsmittel
- kosmetische Mittel, Pflegemittel, Badezusätze und Mineralwässer

Wenn der Leistungserbringer im Gesundheitswesen keine Rechnung ausstellt, muss die Verordnung die Diagnose enthalten.

Siehe auch Stichwort **Alternative Heilmethoden und Arzneimittel.**

Arzneimittelmanagement

Weitere Informationen zum gesundheitsservice360° von AXA finden Sie auf den Seiten 203 – 213.

Arztbericht-/Arztzeugniskosten

Die Kosten für (zahn)ärztliche Zeugnisse (z. B. Untersuchungs-, Ausstellungs-, Röntgen- und Laborkosten) gehen zu Lasten des Antragstellers und werden von uns nicht übernommen.
Ausnahme: Bei einem **Neuantrag auf Abschluss des Basistarifes** übernehmen wir die Kosten für ärztliche und zahnärztliche Zeugnisse sowie Untersuchungen.

Siehe auch Kapitel **Annahmerichtlinien.**

Attestkosten (Leistung)

Kosten für die Erstellung von Attesten, zum Beispiel eines Zahnschemas (Zahnstatus, Röntgenaufnahme) und Kosten für Bescheinigungen im Leistungsfall (z. B. Nachweis bei der Krankenhaustagegeldversicherung) sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

Auslandsschutz der GKV

Leistungen für Erkrankungen im Ausland erbringt die GKV grundsätzlich nur, wenn mit dem entsprechenden Staat ein **Sozialversicherungsabkommen** besteht. Abkommen bestehen mit folgenden Staaten:

EU-/EWR-Länder (inkl. Schweiz): Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Nordirland, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern (griechischer Teil).

Nicht-EU-/EWR-Länder: Bosnien-Herzegowina, Grönland, Kroatien, Marokko, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei und Tunesien.

Nach dem Sozialgesetzbuch ist es erforderlich, dass der „Auslandskrankenschein“ in Anspruch genommen wird. In der Praxis wird jedoch auch dann geleistet, wenn der ausländische Arzt diesen Krankenschein nicht annimmt. In diesen Fällen erstattet die GKV den Satz, den sie der ausländischen Krankenkasse bei Verwendung des Auslandskrankenscheins hätte erstatten müssen.
Da diese Sätze die Privatliquidationen der ausländischen Ärzte in aller Regel nicht abdecken, verbleibt dem GKV-Versicherten häufig eine sehr hohe Eigenbelastung. Daher empfiehlt sich der Abschluss einer **Auslandsreisekrankenversicherung.**

Diese ist erst recht erforderlich bei Reisen in Staaten, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht. Für die dort entstehenden Krankheitskosten erbringt die GKV in keinem Fall Leistungen. Die GKV übernimmt auch nicht die Kosten des medizinisch notwendigen Rücktransportes **(ARJ-Prospekt-Nr. 71007304 für AXA, 77751112 für DBV).**

Nach einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom 28.4.1998 ist die GKV in bestimmten Fällen, die über die Akutbehandlung hinausgehen, verpflichtet, Behandlungen im EU-Ausland nach den Sätzen zu erstatten, die auch bei einer Behandlung im Inland zu zahlen gewesen wären.
Im Einzelfall empfiehlt sich eine Rückfrage bei der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse.

Auslandsschutz der AXA Krankenversicherung

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Aufenthalt in einem Land der EU und des EWR (§ 1 (5), TB Nr. 5 MB/KK)

In den ersten sechs Monaten eines Aufenthaltes in einem Land der EU bzw. des EWR, in das die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat, besteht Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland entstehen würden, leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.

Über den Zeitraum von sechs Monaten hinaus, besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn mit dem Versicherungsnehmer eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Diese Vereinbarung kann befristet werden oder ein angemessener Beitragszuschlag für das erhöhte Risiko erhoben werden.

Aufenthalt außerhalb der EU und des EWR (§ 1 (5), TB Nr. 6 MB/KK)

Voraussetzung: Der Versicherungsnehmer verfügt über eine Postanschrift und Kontoverbindung in Deutschland.
In den ersten 12 Monaten der Vertragslaufzeit besteht für Aufenthalte bis zu 6 Wochen Versicherungsschutz.
Bei einer Vertragslaufzeit von mehr als 12 Monaten besteht für einen Auslandsaufenthalt bis zu 6 Monaten Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung.
Geht der Auslandsaufenthalt über den Zeitraum von 6 Monaten hinaus, besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn mit dem Versicherungsnehmer eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Diese Vereinbarung kann befristet werden oder ein angemessener Beitragszuschlag für das erhöhte Risiko erhoben werden.

Siehe auch **Besonderheiten Öffentlicher Dienst Ausland** im Kapitel **Annahmerichtlinien.**

Krankentagegeldversicherung

Für **Arbeitnehmer** besteht Versicherungsschutz in **Europa** (VG 002 § 1 MB/KT Nr. 4 (1) TB 2012) für Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Krankheiten oder Unfällen, die akut im europäischen Ausland aufgetreten sind.

Für **Selbstständige** erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Deutschland. Für im europäischen Ausland akut eingetretene Krankheiten und Unfälle wird Selbstständigen Krankentagegeld nach Ablauf der Karenzzeit, frühestens jedoch ab dem 22. Tag, für längstens 30 Tage gezahlt, solange nach medizinischem Befund eine Rückkehr an den Wohnort ausgeschlossen ist (VG 002 § 1 MB/KT Nr. 4 (2) TB 2012).

Darüber hinaus wird das Krankentagegeld infolge akuter Erkrankung oder eines Unfalls bei Aufenthalt in einem öffentlichen Krankenhaus bei **Angestellten** und **Selbstständigen** weltweit gezahlt (VG 002 § 1 MB/KT Nr. 4 (3) TB 2012).

Pflegeversicherung (Pflicht- oder Ergänzungsversicherung)

Der Versicherungsschutz der Pflegeversicherung erstreckt sich auf die Bundesrepublik Deutschland (§ 1 (12) MB/PPV, § 1 (11) AVB/EPV).
Beim Wegzug ins Ausland gilt § 15 (3) MB/PPV (Ende der Versicherung oder besondere Vereinbarung).
Seit dem 01.01.2012 besteht auch bei einem Auslandsaufenthalt im Bereich des EWR und der Schweiz Versicherungsschutz. In der Pflegepflichtversicherung erbringen wir Pflegegeldleistungen; aus der Pflegeergänzungsversicherung werden Pflegegeld und Sachleistungen erbracht.

Aussteuerung

Bei der GKV wird Krankengeld für dieselbe Krankheit höchstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren gezahlt. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Zur Besteuerung der Leistungen, siehe Stichwort **Progressionsvorbehalt.**
Die Verdienstausfalltarife enthalten keine Beschränkung der Leistungsdauer: Siehe aber Stichwort **Berufsunfähigkeit.**

Ausnahmen:

- Macht ein Versicherter von seinem Befreiungsrecht bei Eintritt der Arbeitslosigkeit (s. auch dort) Gebrauch, ist die Leistungsdauer des KT-Tarifes – analog der GKV – auf 78 Wochen begrenzt.

Basistarif

Zum 01.01.2009 wurde der Basistarif eingeführt, der nach Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der GKV vergleichbar sein muss. Die Leistungsinhalte finden Sie in der folgenden Gegenüberstellung.

Anfragen/Anträge zum Basistarif für bisher nicht krankenversicherte Personen richten sie bitte an: AKBasistarif-Nichtversicherte@axa.de

	PKV-Tarife	Basistarif
Arzt	- Status als Privatpatient - vollständig freie Wahl unter allen ambulant tätigen Ärzten; auch ambulant tätigen Krankenhausärzten, ggf. unter Beachtung des Primärarztprinzips - Höhere Vergütung begünstigt Erbringung zeitintensiver Leistungen und rasche Terminvergabe - Arztwechsel jederzeit möglich	- Vertragsärzte - eingeschränkte Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen im Krankenhaus - Praxisgebühr, mit Ziel der Bindung an den behandelnden Arzt für mind. ein Quartal; bei Arztwechsel im Quartal ohne Überweisung wird Praxisgebühr erneut fällig - GKV-ähnliche Vergütung erschwert zuweilen die Terminabsprache
Arzneimittel	- alle zugelassenen Arzneimittel im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit - Erstattung in Höhe der tatsächlichen Preise - keine Arzneimittelbudgets	Zuzahlung auf 6 EUR je Arzneimittel begrenzt. Erstattet wird in der Regel die Höhe des preisgünstigsten Nachahmermedikaments derselben Wirkstoffgruppe
Heilpraktiker	tarifabhängig	nein
Heilmittel	- freie Wahl der Leistungsanbieter (z. B. Physiotherapie, Logopädie etc.) - individueller Umfang je nach medizinischer Notwendigkeit	- freie Wahl der Leistungsanbieter - Zuzahlung von 2 EUR je Heilmittel und 10 EUR pro Verordnung
Hilfsmittel	- tarifindividuelle Regelung	- Leistung nach Hilfsmittelverzeichnis - Zuzahlung 8 – 10 EUR
Krankenhaus	- freie Krankenhauswahl - tarifabhängig Chefarztbehandlung - tarifabhängig Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer	- Mehrbettzimmer - Krankenhauswahl: Einweisung durch Arzt erforderlich; Patient ist an Einweisungsentscheidung gebunden - Zuzahlung von 10 EUR/Tag (bis zu 28 Tage) - kein Anspruch auf Behandlung durch bestimmten Arzt
Rehabilitation	- i. d. R. begrenzt auf Anschlussheilbehandlung - Ergänzung um Kurtarife möglich	- Anschlussheilbehandlung; Zuzahlung von 10 EUR/Tag (bis zu 28 Tage) - Rehabilitation; Zuzahlung von 10 EUR/Tag
Psychotherapie	unterschiedlicher Leistungsumfang je nach Tarif	- Genehmigung nach Begutachtung - nach Genehmigung durch PKV/Beihilfe - gesetzlich vorgegebener Leistungsumfang: bei definierter seelischer Krankheit und wenn Behandlungserfolg erwartet werden kann; ggf. Praxisgebühr
Krankengeld	individuelle Tarifgestaltung in Dauer und Höhe (in der Regel bis zum Nettoeinkommen)	70 % des Bruttoeinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze, jedoch nicht mehr als 90 % des Nettoeinkommens; abzüglich Beiträge zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung, Pflegeversicherung
Vorsorge	je nach Tarif; Früherkennung und Vorbeugung mindestens im Umfang der gesetzlich eingeführten Vorsorgeprogramme	je nach Tarif; Früherkennung und Vorbeugung mindestens im Umfang der gesetzlich eingeführten Vorsorgeprogramme
Impfungen	in der Regel die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (StIKo) beim Robert-Koch-Institut für Deutschland	Empfehlungen der StIKo
Zahnprophylaxe	individuelle Zahnprophylaxe; keine Gruppenprophylaxe	eingeschränkte individuelle Prophylaxe für Kinder und Jugendliche; keine Gruppenprophylaxe
Zahnbehandlung	versichert sind alle medizinisch notwendigen Leistungen unter Einschluss auch hochwertiger Behandlungsformen (z. B. Inlays).	versichert sind alle medizinisch notwendigen Leistungen unter Einschluss auch hochwertiger Behandlungsformen (z. B. Inlays).
Zahnersatz	Umfang des Versicherungsschutzes unterliegt individueller Gestaltung je nach Tarif; Erstattung bis zu 100 %	Erstattung von 50 bis 65 % der zahnärztlichen Standardversorgung der GKV
Kieferorthopädie	je nach Tarif; z. T. auch für Erwachsene	Leistungspflicht für Kinder; in seltenen Fällen auch für Erwachsene
Künstliche Befruchtung	100 % Kostenübernahme bei Verheirateten und bei Erfolgsaussicht	50 %-ige Leistungspflicht bei Verheirateten in bestimmten Altersgrenzen; max. 3 Versuche bei Erfolgsaussicht
Fahrtkosten	- Rettungsfahrten - Krankenhausfahrten - ambulante Krankentransporte je nach Tarif	- Rettungsfahrten - Krankenhausfahrten - ambulante Krankentransporte in Ausnahmefällen; Zuzahlung von 10 EUR
Versicherungsschutz im Ausland	Heilbehandlung in Europa; während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch dort	eingeschränkte Leistungen in der Europäischen Union (EU), der Schweiz und im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)

Befreiung von der Versicherungspflicht

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der GKV ist in folgenden Fällen möglich (§ 8 (1) SGB V):

- Bei Versicherungspflicht aufgrund Änderung der JAEG
- Bei Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit (§ 8 (1) 2 SGB V).
- Bei Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung, wenn die Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger der betriebsüblichen Arbeitszeit reduziert wird und bereits seit mindestens 5 Jahren Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestand.
  Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.
- Bei Stellung des Rentenantrags (siehe Stichwort **Rentner**).
- Bei Eintritt der Versicherungspflicht als Student (siehe Stichwort **Studenten).**
  Die Befreiung gilt nur während des Studiums.
- Als Behinderter bei Beschäftigung in einer Einrichtung für Behinderte.
  Die Befreiung ist unwiderruflich.
- Künstler. Die **Befreiung ist unwiderruflich.**
  (Siehe auch Stichwort **Künstler/Publizisten).**
- Landwirte. **Die Befreiung ist unwiderruflich.**

Der Befreiungsantrag ist innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen.

Die Befreiung wird rückwirkend zu dem Zeitpunkt ausgesprochen, zu dem die Versicherungspflicht eingetreten ist, sofern noch keine Leistungen der GKV in Anspruch genommen wurden. Der Befreiungsantrag ist bei der gesetzlichen Krankenkasse zu stellen, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft bestanden hat.
Hat der bisher in der GKV Versicherte bereits Leistungen erhalten, die in die Zeit nach Eintritt der Versicherungspflicht fallen, so gilt die Befreiung ab dem 1. des Monats nach Antrag auf Befreiung.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (technischer Beginn), jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages.
Liegt die Annahme des Antrages nach dem Versicherungsbeginn, können Leistungen frühestens ab dem Tag des Zustandekommens des Vertrages gezahlt werden. Für Versicherungsfälle, die vor dem Zustandekommen eintreten, wird nicht geleistet. Wird der Antrag nach dem Invitatiomodell aufgenommen, müssen eventuell auftretende Veränderungen im Gesundheits- und Gebisszustand, eingetretene Schwangerschaften sowie beantragte, abgelehnte oder zustande gekommene Versicherungen bei anderen Krankenversicherern durch den Kunden schriftlich und unverzüglich an die Hauptverwaltung der AXA Krankenversicherung nachgemeldet werden. Diese Nachmeldepflicht besteht bis zur Annahme unseres Angebotes (Annahme unseres Angebotes zum Vertragsabschluss) durch den/die Versicherungsnehmer/in.

Beim Antragsmodell entfällt die Nachmeldepflicht.
Sind Wartezeiten zu durchlaufen, beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf dieser Wartezeiten. Bei Unfällen entfällt die allgemeine Wartezeit. Siehe auch Stichwort **Wartezeiten**.

Begleitperson

Ist es medizinisch notwendig, dass ein Kind während einer vollstationären Behandlung von einem Angehörigen (in der Regel von einem Elternteil) begleitet wird, so sind die hierfür anfallenden Kosten im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen aus dem Stationärtarif des Kindes erstattungsfähig – unabhängig davon, ob der Angehörige bei uns versichert ist oder nicht. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach dem in der Vereinbarung zwischen PKV-Verband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgehandelten Betrag (zzt. 45 Euro). Die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme ist vom Krankenhausarzt zu bescheinigen.

Von einer medizinischen Notwendigkeit kann ausgegangen werden bei
- Personen/Angehörigen von Kindern im Stillalter
- Personen/Angehörigen von Kindern mit Behinderung, die nur über die Eltern kommunizieren können
- Personen/Angehörigen von Kindern mit Behinderung, die zur Unterstützung der Therapie notwendig sind.

Liegen andere medizinische Gründe vor, ist es ratsam, dass sich der Versicherte vorab mit uns in Verbindung setzt, um die Kostenübernahme zu klären.

Auch wenn eine medizinische Notwendigkeit nicht vorliegt, können AXA Versicherte ihre Kinder bei einem vollstationären Aufenthalt begleiten.
Voraussetzung für die Kostenübernahme der medizinisch nicht notwendigen Begleitperson:
- der entsprechende Tarif sieht derartige Leistungen vor (s. Tarifblatt)
- das Kind ist noch nicht 5 Jahre alt

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, übernehmen wir die anfallenden Kosten für maximal 5 Tage aus dem Tarif des Kindes.

Beihilfe

Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die dem Beamten und seiner Familie gegenüberstehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheits-, Pflege- und Geburtskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird.
Die prozentuale Höhe der Absicherung ist abhängig von der jeweiligen Beihilferegelung des Dienstherrn (Bundes-, Landesbeihilfe), aber auch stets vom Familienstand.
Wer laufend Dienst-, Anwärter- oder Versorgungsbezüge erhält, der ist auch beihilfe- und zugleich antragsberechtigt. Auch für den Personenkreis, dem der Beihilfeberechtigte laufend Unterhalt gewährt, können in der Regel Beihilfen beantragt werden.
Man unterscheidet die beihilfeberechtigten und die beihilfeberücksichtigungsfähigen Personen. Beihilfeberechtigte Personen sind Beamte und Richter, Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand, Witwen, Witwer und Waisen. Beihilfeberücksichtigungsfähige Personen sind Ehepartner und Kinder.
Siehe Stichwörter **Bundeswehr, Heilfürsorge** und **Zeitsoldaten.**

Beihilfeberechtigt sind auch „Dienstordnungs-Angestellte“; das sind beamtenähnliche Bedienstete von Körperschaften öffentlichen Rechts, die keine regulären Beamten einstellen können, z. B. im Bereich der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten, Sparkassen und Versorgungseinrichtungen. Angestellte des Öffentlichen Dienstes haben meist keinen eigenständigen Anspruch auf Beihilfe, lediglich auf Arbeitgeberzuschüsse.
Ausnahmen: Arbeitnehmer, die vor einem bestimmten Stichtag (liegen alle in der Vergangenheit) in den Öffentlichen Dienst eingetreten sind (galt nur für die alten Bundesländer) und in bestimmten Bundesländern, wobei mit Eintritt in den Ruhestand oder bei Beendigung des Dienstverhältnisses der Beihilfeanspruch endet.

Beitragsanpassung

Der Beitrag richtet sich grundsätzlich nach Eintrittsalter und Gesundheitszustand der zu versichernden Person bei Antragstellung oder Erhöhung des Versicherungsschutzes. Der so ermittelte Beitrag ist für die gesamte Vertragslaufzeit grundsätzlich gleich (= Prinzip des gleichbleibenden Beitrages). Mit Einführung der Unisex-Tarife entfällt das Kriterium „Geschlecht“ zur Beitragsberechnung.

Kostensteigerungen im Gesundheitswesen oder steigende Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen sowie eine höhere Lebenserwartung können Beitragsanpassungen notwendig machen. Es können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbehalte angepasst werden. Nach Zustimmung des Treuhänders lassen die AVB (§ 8 b MB/KK,MB/KT) eine Anpassung zu. Um Beitragsanpassungen für den Bestand abzumildern, können Mittel aus der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingesetzt werden.

Beitragsbemessungsgrenze

Beitragsbemessungsgrenze: siehe Stichwort **Jahresarbeitsentgeltgrenze** und **Tabelle auf Seite 6.**

Beitragsberechnung der GKV

Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung, die die Beitragsberechnung nach dem individuellen Risiko pro Person vornimmt, erhebt die gesetzliche Krankenversicherung ihre Beiträge als Prozentsatz vom Bruttoeinkommen nach dem Umlageverfahren.

Reichen die beitragspflichtigen Einnahmen nicht aus, um die Ausgaben zu decken, so haben die Krankenkassen die Möglichkeit, einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag von den Krankenkassenmitgliedern zu erheben.
Die Höhe dieses Beitrages kann von jeder Krankenkasse individuell bestimmt werden und ist von den beitragspflichtigen Mitgliedern zu zahlen. Beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige bezahlen keinen Zusatzbeitrag.
Wenn die Krankenkasse den Zusatzbeitrag erstmalig erhebt oder erhöht, hat der Versicherte ein außerordentliches Kündigungsrecht. Die Kündigung kann bis zur erstmaligen Fälligkeit bzw. Erhöhung erfolgen und die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende. Während der Kündigungsfrist muss der Zusatzbeitrag nicht (mehr) gezahlt werden.

Eine gesetzliche Überforderungsklausel soll sicherstellen, dass kein Mitglied über Gebühr belastet wird. Der Sozialausgleich greift, wenn der **durchschnittliche** Zusatzbeitrag aller Krankenkassen – nicht der individuelle Zusatzbeitrag der jeweiligen Krankenkasse – die Grenze von zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens eines Mitgliedes übersteigt.

Der Ausgleich erfolgt über die Lohn-/Gehaltsabrechnung direkt durch den Arbeitgeber.

Beispiel:

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag:	20 Euro
Individueller Zusatzbeitrag der Krankenkasse:	22 Euro
Beitragspflichtiges Einkommen:	800 Euro
Davon zwei Prozent:	16 Euro
Ergebnis:	4 Euro werden sozial ausgeglichen.

Obergrenze für die Beitragsberechnung ist die Beitragsbemessungsgrenze. Siehe **Tabelle auf Seite 6.**

Beitragskalkulation der PKV

Die private Krankenversicherung (PKV) kalkuliert risikogerechte Beiträge.

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die einen vom Einkommen abhängigen Beitrag erhebt, richten sich die Beiträge der PKV nach der versicherten Leistung in Abhängigkeit vom Eintrittsalter. Mit Einführung der Unisex-Tarife entfällt das Kriterium „Geschlecht“ zur Beitragsberechnung. Der so berechnete Beitrag gilt allerdings nur für ein „normales Risiko“. Bei Abschluss bereits bestehende erhebliche Krankheiten werden nur gegen einen Risikozuschlag mitversichert oder vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Ausgangspunkt der Beitragskalkulation ist zunächst die Risikoprämie. Die Risikoprämie deckt das vom Versicherer übernommene individuelle Risiko des einzelnen Versicherten. Die Risikoprämie wird für jeden Tarif und innerhalb des Tarifs für jede Altersgruppe einzeln berechnet. Sie muss so bemessen sein, dass sie allen voraussichtlich zu erwartenden Leistungen entspricht, die vertraglich vereinbart wurden.

Für die Ermittlung der Risikoprämie muss zunächst geschätzt werden, wie oft und in welchem Umfang das zu versichernde Ereignis wahrscheinlich eintreffen wird. Dazu dienen Wahrscheinlichkeitstafeln und andere statistische Daten.

Da mit fortschreitendem Lebensalter in der Regel auch ein steigender Leistungsbedarf verbunden ist, kein Versicherter jedoch jährlich steigende Prämien zahlen möchte, wird zusätzlich zur Risikoprämie ein sogenannter Sparbeitrag erhoben, der in der Alterungsrückstellung gesammelt wird. In der Beitragskalkulation übernimmt die Alterungsrückstellung also eine Zeitausgleichsfunktion. Da die Nettoprämie in jüngeren Jahren höher als die reine Risikoprämie ist, wird der Überschuss der ersten Jahre zum Aufbau einer Alterungsrückstellung verwendet. Diese wird in der zweiten Phase des Vertrages allmählich wieder aufgelöst, denn dann ist die benötigte Risikoprämie aufgrund des zunehmenden Altersrisikos höher als die tatsächlich zu zahlende Prämie.

Beitragsnachlass

Wird eine von der monatlichen Zahlweise abweichende Zahlung gewählt, kann ggf. ein Vorauszahlungsrabatt gewährt werden. Die Einzelheiten zum jeweiligen Tarif und der Höhe des Rabattes erfahren Sie in der jeweiligen Fachabteilung.

Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus

Über die Beitragsrückerstattung wird jährlich vom Vorstand entschieden. Grundlage hierfür sind die Bestimmungen der VG 001 § 4 MB/KK, Nr. 31 (3) TB 2012. Für 2012 gilt:

Neugeschäft:
Personen, die in einem in der Tabelle aufgeführten Tarif versichert sind, erhalten eine Beitragsrückerstattung. Da die Regelungen je nach Tarif unterschiedlich sind, hier eine tabellarische Übersicht:

Tarife	BRE
B3-UA, BN1/1-UA, BN1/2-UA, BN2-UA, BN3/1-UA, BN3/2-UA, BN4-UA, BS-UA, BW2-UA, BWE-UA, BZ-UA, Vision B-UA	50% der gezahlten Beiträge
BS-U, BSG-U	100% von 3,5 MB [1]
EL Bonus-U, EL Bonus-UA	60% von 1/2/3 MB im 1./2./3. Jahr [2]
Vision B-U	50% von 4 MB [1]
VA2-U, VA2-UA, Vital 300-U, Vital 300-UA, Vital 900-U, Vital 900-UA,	60% von 2/3/3,5 MB im 1./2./3. Jahr [2]
VIAmed	50% der gezahlten Beiträge [3]

[1] Durchschnittlich gezahlter Monatsbeitrag ohne gesetzlichen Zuschlag. Für unterjährige Beginne wird eine anteilige BRE gezahlt.
[2] Monatsbeitrag aus Juni ohne gesetzlichen Zuschlag. Nur für vollständig versicherte Kalenderjahre
[3] Beiträge über die gesamte Laufzeit, Auszahlung bei Wahrnehmung des Optionsrechts

Bestand:
Die Beitragsrückerstattung für den **Bestand** wurde im April des Jahres 2012 schriftlich angekündigt.
Die Auszahlung erfolgt im Spätsommer 2013 per Überweisung.

Verhaltensboni
Über die Beitragsrückerstattung hinaus sehen eine Reihe Tarife Verhaltensboni vor. Diese werden nur für Erwachsene ab 20 Jahre gezahlt – mit Ausnahme des Sportabzeichenbonus, dieser wird auch für Kinder gezahlt. Die Verhaltensboni können – genauso wie die Beitragsrückerstattung – jährlich vom Vorstand anders entschieden werden.

Eine Übersicht gibt die nachstehende Tabelle:

Tarif	Verhaltensboni*	
Vollkostenversicherung		
BS-U **BSG-U**	Nichtraucherbonus** BMI-Bonus Sportabzeichenbonus	50 EUR jedes 2. Jahr 50 EUR jedes 2. Jahr 50 EUR jedes Jahr
Vision B-U	BMI-Bonus** Sportabzeichenbonus	50 EUR jedes 2. Jahr 50 EUR jedes Jahr
EL Bonus-U	Nichtraucherbonus** BMI-Bonus** Sportabzeichenbonus amb. OP-Bonus	50 EUR jedes 2. Jahr 50 EUR jedes 2. Jahr 50 EUR jedes Jahr 100 EUR, wenn anstelle einer stationären Operation eine der vielen vordefinierten ambulanten OPs durchgeführt wurde
VA2-U	Nichtraucherbonus** BMI-Bonus** Sportabzeichenbonus	50 EUR jedes 2. Jahr 50 EUR jedes 2. Jahr 50 EUR jedes Jahr
Vital 300-U **Vital 900-U**	Nichtraucherbonus** BMI-Bonus** Sportabzeichenbonus Primärarztbonus	50 EUR jedes 2. Jahr 50 EUR jedes 2. Jahr 125 EUR jährlich Diesen Bonus erhalten erwachsene Versicherte, wenn sie Leistungen für Heilbehandlung von einem Arzt in Anspruch nehmen und die Behandlung immer zuerst durch einen Primärarzt erfolgt. Im diesem Fall wird keine Beitragsrückerstattung gutgeschrieben. Bitte vergleichen Sie hierzu auch das Stichwort Primärarzt
Zusatzversicherung		
VIAplus	Nichtraucherbonus BMI-Bonus	20 EUR jedes 2. Jahr 20 EUR jedes 2. Jahr

* Verhaltensboni werden nicht für Ausbildungstarife gezahlt.
** Es ist beabsichtigt, den Nichtraucher- und BMI-Bonus in der Vollversicherung von 50 Euro jedes 2. Jahr auf 25 Euro jedes Jahr zu ändern. Eine Entscheidung lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Die Festlegung von Beitragsrückerstattung und Verhaltensbonus für 2013 lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Beitragsstabilisierende Leistungsprüfung
Ziel der beitragsstabilisierenden Leistungsprüfung ist es – gemeinsam mit den Kunden –, überhöhte Forderungen abzuwehren und somit die Leistungsaufwendungen zu kontrollieren.

Geprüft werden insbesondere Arztrechnungen für ambulante und stationäre Behandlungen sowie Zahnarztrechnungen mit hohen Rechnungsbeträgen.

Im Mittelpunkt steht die Prüfung, ob die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) von den jeweiligen Rechnungsausstellern (Arzt, Zahnarzt, Abrechnungsfirmen, Krankenhäuser) eingehalten wurden. Auch die im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme anfallenden Laborkosten werden hinsichtlich ihrer Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit überprüft.

Hierdurch wird weder die Qualität noch der Erfolg der ärztlichen/zahnärztlichen Behandlung gewertet. Wir empfehlen unseren Kunden – gerade bei Rechnungen mit hohen Beträgen die Möglichkeit der Rechnungsprüfung durch die Leistungsabteilung in Anspruch zu nehmen und das Ergebnis abzuwarten, bevor die Rechnung beglichen wird.

Bergungskosten
Bergungskosten sind grundsätzlich nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Sie können durch eine Unfallversicherung, Gebirgsvereine, Wandervereine, etc. abgedeckt sein. Teilweise werden die Einsätze der Bergwacht auch von den Gemeinden durch Steuereinnahmen finanziert.

Berufsunfähigkeit
Bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit endet eine Krankentagegeldversicherung zu dem Termin, an dem die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist (§ 15 MB/KT).

Was ist eine Berufsunfähigkeit?
Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit zu mehr als 50% erwerbsunfähig ist.

Eine Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine BU-Rente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bezieht.

Wie wird die BU festgestellt?
Die Frage, ob, in welchem Grad und von welchem Zeitpunkt an Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit – im Sinne der Versicherungsbedingungen – vorliegt, wird vom Versicherer aufgrund der eingereichten und von ihm eingeholten Nachweise geklärt. Das Ergebnis wird dem Kunden schriftlich mitgeteilt und erläutert.

Auswirkung auf das Krankentagegeld
Tritt die BU während eines laufenden Versicherungsfalles (Arbeitsunfähigkeit) ein, so wird das Krankentagegeld für maximal 3 Monate weitergezahlt, gerechnet ab dem ersten Tag nach Feststellung der BU.

Die Versicherung endet zum Ende des Monats, für den letztmalig Leistungen erbracht wurden.

Liegt eine BU vor, weil eine BU-Rente oder Rente wegen Erwerbsminderung gezahlt wird, wird für die Dauer von maximal 3 Monaten die Differenz zwischen der Rentenzahlung und dem versicherten Krankentagegeld gezahlt. Voraussetzung hierfür ist, dass nicht bereits die 3-monatige Nachleistungspflicht wegen festgestellter Berufsunfähigkeit in Anspruch genommen wurde.

Garantieerklärung des AXA Konzerns
Die Berufsunfähigkeit ist in der Krankentagegeld- und Berufsunfähigkeitsversicherung unterschiedlich definiert. Dauert die Prüfung einer BU aus der Berufsunfähigkeitsversicherung noch an, während aus der Krankentagegeldversicherung die Leistungen bereits eingestellt sind, entsteht eine zeitliche Leistungslücke. Mit der Garantieerklärung sichern wir eine lückenlose Leistung während der Klärungsphase zu. Hinzu kommt eine konzerninterne umfassende medizinische Begutachtung.

Voraussetzung für diese Garantieerklärung ist, dass die **Krankentagegeldversicherung** bei der
– AXA Krankenversicherung AG
oder
– DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG
und die
Berufsunfähigkeitsversicherung bei der
– AXA Lebensversicherung AG
– AXA Life Europe Limited Niederlassung Deutschland
– Deutsche Ärzteversicherung AG
– DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung AG
– Pro bAV AG
oder
– winsecura AG
besteht.

Um eine abgestimmte Leistungsbearbeitung zu gewährleisten und die Garantie erfüllen zu können, benötigen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen zur Weitergabe von Unterlagen zwischen den Versicherungen das Einverständnis der Versicherten. Sobald ein solcher Fall absehbar ist, werden wir um die Einverständniserklärung bitten.

Anwartschaft
Bei festgestellter Berufsunfähigkeit oder Rentenbezug (s. o.) kann für die bestehende Krankentagegeldversicherung eine Anwartschaft für den Fall vereinbart werden, dass wieder Berufsfähigkeit eintritt. Das empfiehlt sich besonders dann, wenn z. B. eine Umschulung angestrebt wird.

Berufsunfall

Bei einem Berufsunfall ist zuerst zu prüfen, ob ein Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Versicherungsträgers besteht.

Gesetzliche Versicherungsträger können sein:
- die gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft)
- die gesetzliche Rentenversicherung
- eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge.

Alle Rechnungen, die wegen der Behandlung eines Berufsunfalls gestellt werden, sind zuerst an den gesetzlichen Versicherungsträger zu schicken. Wenn die Rechnungen nicht voll bezahlt werden, übernimmt die AXA Krankenversicherung die Restkosten entsprechend dem tariflichen Leistungsanspruch des Kunden. Dazu benötigen wir Rechnungskopien, auf denen der Leistungsumfang des gesetzlichen Versicherungsträgers vermerkt ist.

Zahlt der gesetzliche Versicherungsträger Verletztengeld, so wird dieses auf das versicherte Krankentagegeld grundsätzlich angerechnet. Zur Berechnung ist der BG-Bescheid dringend erforderlich. Da die BG zur Prüfung in der Regel längere Zeit benötigt, kann der Versicherte seine Ansprüche an die BG an uns abtreten, um so schneller die Leistungen zu erhalten.

Bescheinigungen

Arbeitgeberbescheinigung
Die für den Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag erforderliche Bescheinigung wird dem VN erstmals mit dem Versicherungsschein zur Verfügung gestellt. Zum Jahreswechsel erhalten alle vollversicherten Arbeitnehmer automatisch die Bescheinigung gemäß § 257 SGB V. Diese enthält die im abgelaufenen Jahr gezahlten Beiträge sowie die im folgenden Jahr ab Januar zu zahlenden Beiträge. Die Bescheinigungen brauchen demnach nicht angefordert zu werden. Benötigt ein Kunde im Laufe des Jahres (z. B. wegen Arbeitgeberwechsels) eine weitere Bescheinigung, so kann diese angefordert werden.

Finanzamtbescheinigung (FAB)
Hat ein VN einmal eine Bescheinigung für das Finanzamt angefordert, so erhält er sie fortan unaufgefordert regelmäßig zum Jahreswechsel. Versicherungsnehmer, die die Arbeitgeberbescheinigung zum Jahreswechsel automatisch erhalten, bekommen mit gleicher Post auch die FAB.

Billigungsklausel

Grundsätzlich sind alle Abweichungen vom Antrag vor der Policierung mit dem Antragsteller zu klären. In Ausnahmefällen – bei geringen Abweichungen – kann der Vertrag auch direkt mit den Änderungen policiert werden. Die Änderungen sind dann in der Police besonders kenntlich zu machen. In diesen Fällen hat der Kunde ein einmonatiges Widerrufsrecht.

Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index ist ein Index zur Bewertung, ob eine Person an Über- oder Untergewicht leidet. Der Index wird aus Gewicht in Kilogramm und Größe in Metern wie folgt berechnet:

$$\text{BMI} = \frac{\text{kg}}{\text{m x m}}$$

Beispiel:
Gewicht: 80 kg, Größe: 1,80 m

$$\text{BMI} \quad \frac{80}{1{,}80 \times 180} = \frac{80}{3{,}24} = 24{,}69$$

Ein Body-Mass-Index zwischen 18,5 und 25 wird als „normal“ angesehen und berechtigt zum Erhalt des Verhaltensbonus in den Tarifen, die diesen Bonus vorsehen.

Brillen und Kontaktlinsen

Für Brillen und Kontaktlinsen sehen unsere Tarife unterschiedliche Leistungen vor – bitte beachten Sie die jeweilige Tarifaussage oder erfragen Sie die konkreten Erstattungsbeiträge in der Leistungsabteilung.

Für alle Vollkosten-Tarife gilt:
Eine augenärztliche Untersuchung ist vor Bezug einer Sehhilfe erforderlich. Zur Erstattung benötigen wir die augenärztliche Verordnung – eine sogenannte Refraktionsbestimmung (Messung des Brechungsfehlers) durch den Optiker reicht zum Nachweis der medizinischen Notwendigkeit nicht aus.

Generelles zu den Preisen:
Bei den Kosten für eine Sehhilfe gibt es sehr große Spannbreiten. Neben den Kriterien, die sich auf die medizinische Notwendigkeit einer Sehhilfe beziehen, treten diejenigen, die mehr den technischen Möglichkeiten oder den modischen Aspekten zuzuordnen sind. Erstattungsfähig sind je nach Tarif bestimmte Höchstsätze bezogen auf einen Bezugszeitraum oder z. B. bestimmte Beträge für ein Brillengestell und Kosten für die entsprechenden Gläser. Die Ausführungen und Kosten der Gläser oder von Kontaktlinsen dürfen das medizinisch notwendige Maß nicht überschreiten.

Die AXA Krankenversicherung erstattet die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen, soweit die Preise nicht auffällig überteuert sind.

Wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit besteht generell keine Leistungspflicht für folgende spezielle Brillen:
- Sportbrillen (mit speziellen Bügeln) und
- Arbeitsbrillen (z. B. für Bildschirmarbeit). Bei Arbeitsbrillen kommt häufig der Arbeitgeber oder die Berufsgenossenschaft für die Kosten auf.

Für Kontaktlinsenreinigungsmittel werden keine Leistungen übernommen.

Bundeswehr

Soldaten der Bundeswehr haben Anspruch auf Heilfürsorge (siehe auch Stichwort **Wehrpflichtige**). Ehegatten und Kinder sind beihilfeberechtigt, wenn der Bundeswehrangehörige Zeit- oder Berufssoldat ist. Der Beihilfeanspruch der Frau beträgt 70 %, der Beihilfeanspruch der Kinder beträgt 80 %. Nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst ist der ehemalige Zeit- oder Berufssoldat ebenfalls beihilfeberechtigt. Als Empfänger von Versorgungsbezügen bzw. Übergangsgebührnissen hat er einen Beihilfeanspruch von 70 % (§ 2 (2) der Beihilfeverordnung des Bundes). Die nicht gedeckten Kostenanteile sind eigenverantwortlich abzusichern. Hierfür empfiehlt sich der rechtzeitige Abschluss einer Anwartschaftsversicherung (siehe **„Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftversicherung“).**

Bürgerentlastungsgesetz

Durch das Bürgerentlastungsgesetz zur Krankenversicherung werden die Beiträge für eine private Kranken- und Pflegepflichtversicherung steuerlich stärker als bisher berücksichtigt. Sie können als sogenannte Sonderausgaben das zu versteuernde Einkommen und damit die Steuerlast mindern. Bestimmte Beiträge zur privaten Krankenversicherung sowie die Beiträge zur privaten Pflegepflichtversicherung können künftig unbegrenzt als Sonderausgaben geltend gemacht werden. Dies gilt auch für Beiträge zu einer Anwartschaftsversicherung auf eine Krankheitskostenvoll– und Pflegepflichtversicherung.

Welche Beiträge können steuerlich berücksichtigt werden?
Begünstigt werden – neben den Beiträgen zur Pflegepflichtversicherung – die Beiträge, die auf einen gesetzlich bestimmten existenznotwendigen Krankenversicherungsschutz entfallen. Das heißt, die Leistungen entsprechen der Grundversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Beiträge für darüber hinaus gehenden Versicherungsschutz, etwa für Wahlleistungen, Chefarztbehandlung und Krankentagegeld, sind nur bis zu den gesetzlichen Höchstbeträgen abzugsfähig. Dies gilt nur dann, wenn Sie die Höchstbeträge für den existenznotwendigen Versicherungsschutz noch nicht überschritten haben.

Die Höchstbeträge liegen pro Jahr bei 2.800 Euro für Selbstständige und 1.900 Euro bei Nichtselbstständigen bzw. Beamten. Dies gilt für jeden Steuerpflichtigen. Im Rahmen einer Zusammenveranlagung wird der jeweilige Höchstbetrag jedem Ehepartner gesondert gewährt.

Wie werden Beiträge für eine Anwartschaftsversicherung und für Optionstarife berücksichtigt?
Mit einer Anwartschaftsversicherung auf eine Krankheitskostenvollversicherung wird der Kunde hinsichtlich des Gesundheitszustands und ggf. auch hinsichtlich der Alterungsrückstellung so gestellt, als sei der Krankenversicherungsvertrag bereits zu einem früheren Zeitpunkt abgeschlossen worden.

Übersteigen die Beiträge für eine Anwartschaftsversicherung jährlich einen Betrag in Höhe von 100 Euro nicht, sind sie insgesamt wie Beiträge zu einer Basiskrankenversicherung zu behandeln. Sie können also vollständig steuerlich angesetzt werden. Über den Betrag von 100 Euro hinaus werden nur die Beitragsanteile der Anwartschaftsversicherung berücksichtigt, die zur Erlangung des Basisversicherungsschutzes dienen.

Die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung können zusätzlich zu einer eventuell bestehenden Basisversicherung (z. B. bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung) steuerlich berücksichtigt werden.

Case-Management/Patientenbegleitung

Weitere Informationen zum gesundheitsservice360° von AXA finden Sie auf den Seiten 203 – 213.

ChipCard (Card für Privatversicherte)

Kunden mit einer Krankheitskostenvollversicherung (einschließlich Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte) oder einer Krankenhauskostenzusatzversicherung erhalten von der AXA Krankenversicherung eine ChipCard/VersichertenCard. Ausgenommen sind Versicherte im Basistarif. Die Card ist eine Ausweiskarte mit integriertem Mikro-Chip. Auf dem elektronisch lesbaren Chip sind Daten gespeichert, die den Verwaltungsprozess in Arztpraxen, im Krankenhaus und beim Versicherer vereinfachen. Im Wesentlichen sind das die persönlichen Daten des Kunden, ergänzt um Versicherungsnummer und Nummer der versicherten Person. Die ChipCard/VersichertenCard garantiert dem Krankenhaus die Übernahme der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und Zimmerzuschläge durch die AXA Krankenversicherung. Der Kunde muss also keine Vorauszahlungen leisten. Die Garantie bezieht sich ausdrücklich nicht auf die privatärztliche Behandlung; diese Kosten werden immer mit dem Kunden abgerechnet.

Unter folgenden Voraussetzungen erhält der Kunde eine ChipCard/VersichertenCard:
- Der Vertrag muss ungekündigt sein.
- Zum Zeitpunkt des Versands darf kein Zahlungsverzug bestehen.
- Zum Zeitpunkt des Versands darf keine Schwebe im stationären Tarif bestehen.
- Zum Zeitpunkt des Versands darf der entsprechende Tarif nicht ruhen.
- Der Wohnsitz muss in Deutschland liegen.
- Besteht ein Leistungsausschluss im stationären Bereich, so kann eine ChipCard/VersichertenCard nur auf besonderen Wunsch und gegen eine spezielle schriftliche Erklärung des Kunden ausgegeben werden.

Cost-Containment USA

Weitere Informationen zum gesundheitsservice360° von AXA finden Sie auf den Seiten 203 – 213.

Datenschutz

Informationen über Krankheiten, Arbeitsunfähigkeiten, Behandlungen etc. dürfen nur an die versicherte Person gegeben werden. Eine Auskunft an Dritte jeder Art (also auch Ehegatten, Vermittler/Makler, Arbeitgeber, Verbände usw.) ist ohne entsprechende schriftliche Einwilligung durch die versicherte Person nicht erlaubt. Wer dies dennoch tut, verstößt auch gegen § 203 des Strafgesetzbuches.
Dies gilt auch bei Gruppen-, Rahmen- und Empfehlungsverträgen.

Disease-Management/Patientenbegleitung
Weitere Informationen zum gesundheitsservice360° von AXA finden Sie auf den Seiten 203 – 213.

Doppel- und Mehrfachversicherung
Wird zusätzlich eine Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen PKV-Unternehmen abgeschlossen, dann ist das dem Versicherer schriftlich anzuzeigen (§ 9 (5) MB/KK).

Für den zusätzlichen Abschluss bzw. die Erhöhung einer Krankentagegeld- oder Krankenhaustagegeldversicherung (auch Unfall-KHT aus einer privaten Unfallversicherung) ist die vorherige Einwilligung der AXA Krankenversicherung erforderlich (§ 9 (6) MB/KK und MB/KT). Nach den Bedingungen (TB 2012) gilt dies nicht für KHT-Versicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen (TB Nr. 51).

Wenn der Kunde diese Obliegenheiten verletzt, riskiert er den Verlust seines Versicherungsschutzes.

DRG (Diagnosis Related Groups)
Der Gesetzgeber hat mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 weitreichende Änderungen bei der Entgeltberechnung im Krankenhausbereich eingeleitet.

Seit 2004 müssen Plankrankenhäuser (öffentliche, freigemeinnützige, konfessionelle) das neue Vergütungssystem „DRG" (Diagnosis Related Groups = Diagnose-orientierte Fallgruppen) anwenden.

Es handelt sich um eine Vergütung durch diagnose-orientierte Fallpauschalen, die Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung verbessern soll.

Die Wahlleistungen „bessere Unterbringung" und „privatärztliche Behandlung" sind von der Neugestaltung nicht betroffen – die DRGs ersetzen die früheren tagesgleichen Pflegesätze und Sonderentgelte.

Dynamik
Im Gegensatz zu anderen Versicherungssparten, bei denen eine dynamische Anpassung des Versicherungsschutzes automatisch erfolgt und der Kunde widersprechen muss, wenn er die dynamische Erhöhung nicht akzeptiert (beispielsweise in der Lebensversicherung), wird bei der privaten Krankenversicherung eine Anpassung des Versicherungsschutzes ohne Wartezeit und Risikoprüfung nur auf Antrag des Kunden durchgeführt.

Eine Ausnahme hierzu stellen die Pflegevorsorgetarife Flex1-U, Flex2-U und Flex3-U sowie der Tarif BEA-U dar, in denen eine Dynamik in den AVB dokumentiert ist.

Eintrittsalter
Bitte schlagen Sie im Kapitel Annahmerichtlinien nach.

Eigenanteil in der GKV
Siehe Leistungskürzungen in der GKV, S. 8.

Elterngeld
Eltern, die nach der Geburt des Kindes aus dem Beruf aussteigen, erhalten seit dem 01.01.2007 Elterngeld. Das Elterngeld löst damit das Erziehungsgeld ab.

Bei einem Nettoverdienst von mehr als 1.240 Euro beläuft sich das Elterngeld auf 65% des bisherigen Nettoverdienstes. Liegt der Nettoverdienst unter 1.240 Euro, beträgt das Elterngeld 67%. Das Elterngeld beträgt mindestens 300 Euro, maximal 1.800 Euro im Monat. Während des Bezuges von Elterngeld ist eine Teilzeitbeschäftigung unter 30 Wochenstunden möglich. Wobei das Einkommen aus der Teilzeitbeschäftigung bei der Berechnung des Elterngeldes berücksichtigt wird. Gleiches gilt für die Anrechnung des Mutterschaftsgeldes.

Das Elterngeld wird für 12 Monate gezahlt (max. 14 Monate, sofern auch der andere Elternteil aus dem Beruf aussteigt). Alleinerziehende erhalten das Elterngeld für die vollen 14 Monate. Bei einem Jahreseinkommen über 250.000 Euro (Ehepaare 500.000 Euro) wird kein Elterngeld gezahlt.

Das Elterngeld ist schriftlich bei folgenden Stellen zu beantragen:

Baden-Württemberg	Landeskreditbank
Bayern	Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)
Berlin	Bezirksämter
Brandenburg	Elterngeldstelle
Bremen und Bremerhaven	Amt für soziale Dienste bzw. Jugendamt
Hamburg	Bezirksamt
Hessen	Versorgungsämter
Mecklenburg-Vorpommern	Versorgungsämter
Niedersachsen	Jugendämter
Nordrhein-Westfalen	Versorgungsämter
Rheinland-Pfalz	Jugendämter
Saarland	Landessozialamt
Sachsen	Sozialämter
Sachsen-Anhalt	Landesverwaltungsamt/ Referat Bundeselterngeld
Schleswig-Holstein	Landesamt für soziale Dienste
Thüringen	Jugendämter

Elternzeit
Elternzeit (früher Erziehungsurlaub) ist grundsätzlich für 3 Jahre bis zum 3. Geburtstag des Kindes möglich. Anspruch auf Elternzeit haben Arbeitnehmerinnen oder die beschäftigten Ehepartner. Beide Elternteile können die Elternzeit gleichzeitig in Anspruch nehmen – die Elternzeit wird separat betrachtet. Das bedeutet, dass im Falle einer Übertragung der Elternzeit dem übertragenden Elternteil die Elternzeit des Partners nicht angerechnet wird. Jeder Elternteil kann seine Elternzeit in zwei Zeitabschnitte aufteilen. Ein weiteres Aufteilen ist nur mit Zustimmung des Arbeitgebers möglich.

Bis zu 12 Monate Elternzeit können auch – ebenfalls mit Zustimmung des Arbeitgebers – bis zum achten Geburtstag übertragen werden.

Auch bei Zwillingsgeburten oder Geburten in kurzer Zeitfolge stehen den Eltern für jedes Kind drei Jahre Elternzeit bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres zu und auch ggf. die Übertragung auf einen späteren Zeitraum.

Soll sich die Elternzeit unmittelbar an die Geburt des Kindes bzw. an die Mutterschutzfrist anschließen, so muss sie spätestens 7 Wochen zuvor beim Arbeitgeber schriftlich angemeldet werden. Für einen späteren Beginn beträgt die Anmeldungsfrist 8 Wochen. Gleichzeitig muss gegenüber dem Arbeitgeber erklärt werden, für welche Zeiträume Elternzeit geplant ist.

Während der Elternzeit ist eine Erwerbstätigkeit mit einer wöchentlichen Arbeitszeit bis zu 30 Stunden zulässig, beim gemeinsamen Elternurlaub also bis zu insgesamt 60 Wochenstunden.
Für die Zeit der Elternzeit haben die Eltern gegenüber ihrem Arbeitgeber einen Rechtsanspruch auf Verringerung der Arbeitszeit auf 15 bis 30 Wochenstunden. Für diesen Anspruch gelten folgende Voraussetzungen:
- Im Betrieb sind mehr als 15 Mitarbeiter beschäftigt.
- Das Arbeitsverhältnis besteht seit mindestens 6 Monaten.
- Dem Anspruch auf Teilzeitarbeit stehen keine dringenden betrieblichen Gründe entgegen.
- Die vereinbarte Arbeitszeit soll mindestens für zwei Monate auf 15 bis 30 Wochenstunden verringert werden
- Der Anspruch wurde dem Arbeitgeber 7 Wochen vorher schriftlich mitgeteilt

Pflichtmitglieder der GKV, die außer dem Elterngeld keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen, sind für die Dauer der Elternzeit beitragsfrei versichert.
Versicherungspflichtige Studentinnen und Studenten sind beitragspflichtig, sofern sie immatrikuliert bleiben.
Für freiwillig GKV-Versicherte besteht die Beitragspflicht fort.

Privat Krankenversicherte bleiben während der Elternzeit grundsätzlich beitragspflichtig (Ausnahme: 6 Monate Beitragsfreiheit im Tarif Vital-U, Premium Zahn-U, Komfort Zahn-U, VZ Zahn-U, VA6-U und VZ-U); der Beitragszuschuss des Arbeitgebers entfällt.

Ein Anspruch auf kostenfreie Mitversicherung von privatversicherten Kunden beim GKV-versicherten Ehepartner für die Dauer der Elternzeit besteht seit dem 01.01.2000 generell nicht mehr.

Für die Zeit der Elternzeit empfiehlt es sich, für die bestehende Krankentagegeldversicherung eine Anwartschaft zu vereinbaren.

Entbindung

In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung besteht tariflicher Leistungsanspruch für Schwangerschaft und Entbindung (§ 1 (2)MB/KK). Dies gilt nicht für die Krankentagegeldversicherung (VG002 § 5 (1) d und e MB/KT TB 2012). Die AXA Krankenversicherung zahlt aber Krankentagegeld für schwangerschaftsbedingte Krankheiten und Beschwerden, soweit diese außerhalb der Mutterschutzfristen auftreten.

Bei einer Hausentbindung werden die Kosten für den Arzt, die Hebamme und für Arznei- und Verbandmittel aus den ambulanten Tarifen übernommen. Bei einer ambulanten Entbindung werden aus einigen Tarifen Entbindungspauschalen gezahlt (sind im jeweiligen Tarif genannt). Die entsprechenden Sätze gelten auch bei den Gruppen- und Mitarbeitertarifen.

Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen

Nach VG 001 § 5 (1) MB/KK, Nr. 37 (TB 2012) übernehmen wir in der Krankheitskostenvollversicherung die Kosten für die Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen für Suchterkrankungen.

Die Kostenübernahme erfolgt unter der Voraussetzungen, dass
- die Kostenübernahme vor Beginn der Maßnahme beantragt und schriftlich zugesagt wird
- es sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt; der Dienstherr als Beihilfeträger gilt nicht als gesetzlicher Rehabilitationsträger
- kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistungen besteht
- hinreichende Erfolgsaussichten bestehen.

Bei einer stationären Behandlung werden 80 % der allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Die Kosten für chefärztliche Behandlung oder eine bessere Unterkunft werden nicht erstattet. Bei ambulanter Durchführung werden 80 % des Tagessatzes erstattet.

Während der gesamten Vertragslaufzeit ist der Anspruch auf drei ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen begrenzt.
Kein Leistungsanspruch besteht bei Entziehungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht oder aus Zusatztarifen für gesetzlich Versicherte und Heilfürsorgeberechtigte.

Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Verzicht auf die Einhaltung der Wartezeiten gilt auch bei Erhöhung des Versicherungsschutzes. Eine Risikoprüfung wird durchgeführt.

Für die Anpassung einer Verdienstausfallversicherung siehe Stichwort **Krankentagegeld bei AXA**.

Ersatzleistungen bei Krankenhausaufenthalt

Werden vertraglich vereinbarte Wahlleistungen im Krankenhaus (z. B. Ein- oder Zweibettzimmer oder privatärztliche Behandlung) nicht in Anspruch genommen, zahlen wir aus manchen Tarifen ein Ersatz-KHT. Näheres entnehmen Sie bitte der jeweiligen Tarifbeschreibung.

Erschwerung

Ist das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht, kann der Versicherer die Annahme des Antrags von besonderen Bedingungen abhängig machen.
Hier gibt es insbesondere folgende Möglichkeiten:
- Risikozuschlag
- Leistungseinschränkung
- Leistungsausschluss

Ist eine Erschwerung erforderlich, kommt der Vertrag nur dann zustande, wenn der Kunde eine entsprechende Nacherklärung unterschreibt.

Erstattungsanspruch – Was ist im Leistungsfall zu tun?

Die Leistungsabrechnung der AXA Krankenversicherung erfolgt in der Hauptverwaltung bzw. den dezentralen Standorten. Für eine zügige Bearbeitung ist es erforderlich, dass aus den eingereichten Unterlagen die vollständige Versicherungsnummer ersichtlich ist.

Für die einzelnen Versicherungsarten beachten Sie bitte:

Ambulante Behandlung:
- In der **Behandlungsrechnung** müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen sein Honorar berechnet, enthalten sein.
- **Rezepte** sollten möglichst zusammen mit den Behandlungsrechnungen eingereicht werden.
- Rechnungen über Heil- oder Hilfsmittel müssen immer zusammen mit der ärztlichen Verordnung eingereicht werden.
- Bei Tarifen mit einer Selbstbeteiligung müssen die Rechnungen gesammelt werden, bis die Selbstbeteiligung überschritten ist.

- Rechnungen sollten erst dann eingereicht werden, wenn der zu erwartende Leistungsbetrag höher als 100 Euro und ggf. eine garantierte Beitragsrückerstattung ist.
- Eine Kostenerstattung erfolgt grundsätzlich auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen. Bei Primärarzttarifen sollte zu der Facharztrechnung auch eine Kopie der Überweisung eingereicht werden, es sei denn, die Rechnung des überweisenden Primärarztes liegt bereits vor.

Krankenhauskostenversicherung:
- Wenn der Kunde (noch) keine ChipCard hat, kann er eine Erstattungszusage für das Krankenhaus anfordern.
- Wir rechnen dann die **Pflege- und Unterbringungskosten** direkt mit dem Krankenhaus ab.
- Die Arztkosten werden – wie bei ambulanten Tarifen – an den Versicherungsnehmer erstattet.

Stationäre Zusatzversicherung:
- Auch hier kann der Kunde, sofern er (noch) keine ChipCard besitzt, für die Unterbringungskosten eine Erstattungszusage anfordern.
- Wir rechnen dann die **Unterbringungskosten** direkt mit dem Krankenhaus ab.
- Die Arztkosten werden an den Versicherungsnehmer erstattet.

Zahnbehandlung und Zahnersatz:
- Bei Zahnersatz, Versorgung mit Inlays, Parodontosebehandlung oder Kieferorthopädie ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein medizinisch begründeter Heil- und Kostenplan über die detaillierten Behandlungskosten vorzulegen. Fallen Material- und Laborkosten an, so muss auch ein Kostenvoranschlag des Labors beigefügt sein. Nach Prüfung erhält der Kunde dann eine Leistungsaussage.

Krankentagegeldversicherung:
- Die Meldung einer Arbeitsunfähigkeit muss unverzüglich bzw. innerhalb einer im Tarif genannten Frist erfolgen.

Hinweis: Der schnellste Weg zur Erfüllung dieser Obliegenheit ist eine telefonische Meldung oder Mitteilung per Fax an die Leistungsbereiche.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss auf den von der AXA Krankenversicherung zur Verfügung gestellten Formularen ärztlich bescheinigt werden und ist alle 14 Tage weiter nachzuweisen.
- Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen und insbesondere die Weisungen des Arztes zu befolgen.
- Falls der Wohnort während einer Arbeitsunfähigkeit verlassen werden soll, ist unbedingt eine vorherige Abstimmung mit dem Versicherer vorzunehmen.

Krankenhaustagegeldversicherung:
- Für die Auszahlung benötigen wir eine **Bescheinigung** auf Kopfbogen des Krankenhauses über Beginn und Ende des Krankenhausaufenthaltes mit dem Namen des Patienten und der Bezeichnung der Krankheit (Diagnose). Eine entsprechende Bescheinigung ist auch auf unseren Seiten im Internet zu finden.

Tarife für Beihilfeberechtigte:
Der Kunde kann uns die Rechnung als Original oder Duplikat einreichen, abhängig davon, ob seine zuständige Beihilfestelle auf die Originalrechnung besteht.

Pflegeversicherung
- Wir benötigen eine schriftliche Information über die Pflegebedürftigkeit, möglichst zusammen mit einem detaillierten ärztlichen Attest. Der Kunde erhält dann von uns weitere Informationen. Siehe hierzu auch Stichwort **Pflegeversicherung – Leistungen im Pflegefall.**

Siehe auch Stichwörter **Aktiver Gesundheits-Service/gesundheitsservice360°, beitragsstabilisierende Leistungsprüfung** und **Rechnungs-Check.**

Familienversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind der Ehegatte und die Kinder des GKV-Mitglieds unter folgenden Voraussetzungen kostenfrei mitversichert (§ 10 SGB V):
- Wohnsitz in der Bundesrepublik.
- Nicht selbst versicherungspflichtig (siehe Stichwort **Versicherungspflicht**) und nicht selbst freiwillig versichert.
- Nicht versicherungsfrei und nicht von der Versicherungspflicht befreit.
- Keine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit.
- Das Gesamteinkommen übersteigt nicht die Geringfügigkeitsgrenze (siehe Tabelle Seite 6).

Ausnahme: Die kostenfreie Mitversicherung von Ehegatten im Mutterschutz bzw. während der Elternzeit scheidet aus, wenn der Ehegatte zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich versichert war.
Für die Mitversicherung der **Kinder** gelten folgende **zusätzliche Einschränkungen** (§ 10 (2) SGB V):
- Mitversicherung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- Mitversicherung bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind.
- Bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden (auch Studium) oder ein freiwilliges soziales Jahr ableisten.
- Diese Frist erhöht sich um die Dauer eines eventuellen Grundwehr- oder Ersatzdienstes.
- Keine Altersgrenze, wenn sie sich wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung nicht selbst unterhalten können und wenn diese Behinderung schon vorlag, als sie nach anderen Kriterien Anspruch auf Familienversicherung hatten.

Sofern ein Ehepartner privat, der andere jedoch gesetzlich versichert ist, entsteht Anspruch auf Familienversicherung nur, wenn der privat Versicherte ein Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) hat oder der privat Versicherte zwar ein Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze erzielt, aber nachweislich regelmäßig geringere Einnahmen hat als der gesetzlich Versicherte.

Besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitgliedschaft in der GKV für Kinder?

Der PVK-Versicherte Elternteil hat ein:	Anspruch auf beitragsfreie Mitgliedschaft?
Einkommen > JAEG und Einkommen > GKV-Versicherter	nein
Einkommen < JAEG und Einkommen > GKV-Versicherter	ja
Einkommen < JAEG und Einkommen < GKV-Versicherter	ja
Einkommen > JAEG und Einkommen < GKV-Versicherter	ja

Sind beide Ehepartner PKV-versichert, muss das Kind ebenfalls in der PKV versichert werden. Siehe Tabelle auf Seite 6.

Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

Die AXA Krankenversicherung hat mit dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte einen Gruppenkrankenversicherungsvertrag geschlossen. Zur Teilnahme an der Gruppenkrankenversicherung sind alle approbierten Zahnärzte berechtigt, die

Mitglied im Freien Verband Deutscher Zahnärzte sind, und deren Familienangehörige.

Hinweis: Ist ein Kunde Mitglied dieses Verbandes, so muss er auch nach den Gruppenversicherungstarifen versichert werden, es sei denn, der Kunde verzichtet ausdrücklich und schriftlich auf die Vorteile dieser Gruppenversicherung.

Freigabeverhandlungen

Durch Wettbewerbsrichtlinien, aufgestellt durch die Versicherungswirtschaft, werden der Wettbewerb und lauteres Geschäftsgebaren gefördert und etwaigen Missständen vorgebeugt.

Verstöße gegen diese Richtlinien liegen vor, wenn

- der Vermittler nicht darauf hingewiesen hat, dass ein Wechsel des Versicherungsunternehmens in der Regel mit Nachteilen für den Versicherten verbunden ist;
- Erkrankungen, die der Kunde dem Vermittler bekannt gibt, nicht im Antragsformular aufgeführt werden;
- z. B. ein vervielfältigtes Kündigungsschreiben für den Vorversicherer dem Antragsteller zur Verfügung gestellt wird.

Werden Verstöße gegen die Wettbewerbsrichtlinien bekannt, führt die Gruppe der Stornobekämpfer die Freigabeverhandlungen. Zwischen dem neuen Versicherer und dem bisherigen Versicherer gelten folgende Regeln für die Behandlung von Freigabeanträgen:

Der Vertrag beim Vorversicherer hat noch keine 3 Jahre bestanden:
Das zweite Versicherungsunternehmen ist zur Freigabe des Vertrages dem ersten Versicherungsunternehmen gegenüber verpflichtet, wenn der Vertrag noch keine 3 Jahre beim Erstversicherer bestanden hat und unlauterer Wettbewerb vorliegt. Es muss ein schriftlicher Freigabeantrag gestellt werden, in dem das erste Unternehmen mit den Freigabeverhandlungen beauftragt wird.

Der Vertrag beim Vorversicherer hat mehr als 3 Jahre bestanden:
Hat der Vertrag beim Ausscheiden aus dem ersten Versicherungsunternehmen mindestens 3 Jahre bestanden, so ist das zweite Versicherungsunternehmen unabhängig von der Sach- und Rechtslage zur Freigabe verpflichtet. Der Versicherte muss in seinem Freigabeantrag bekanntgeben, dass er die Fortsetzung des ersten Vertrages wünscht.

Grundsätzlich gilt: Der Antrag auf Freigabe muss innerhalb von 4 Monaten nach Eingang der Kündigung beim anderen Versicherer sein.

Freiwillige Mitgliedschaft bei der GKV

Als freiwilliges Mitglied kann der GKV nur beitreten, wer

- aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung ausscheidet; Voraussetzung ist, dass innerhalb der letzten 5 Jahre vor dem Ausscheiden 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden 12 Monate (ohne Unterbrechung) Versicherungsschutz in der GKV bestanden hat (§ 9 (1) 1+2 SGB V);
- schwerbehindert im Sinne des § 1 des Schwerbehindertengesetzes ist, wenn er, ein Elternteil oder der Ehegatte in den letzten 5 Jahren vor Beitritt mindestens drei Jahre in der GKV versichert waren, es sei denn, dass wegen der Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllt werden konnte. Für diesen Personenkreis kann die Kasse in ihrer Satzung ein Höchstaufnahmealter vorsehen;
- nach Rückkehr aus dem Ausland innerhalb von 2 Monaten eine Tätigkeit als Arbeitnehmer aufnimmt, die nicht zur Krankenversicherungspflicht führt. Voraussetzung ist eine frühere Mitgliedschaft, die durch den Wegzug aus Deutschland endete.

Der Beitritt zur freiwilligen Versicherung ist der Kasse innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt einer der oben genannten Voraussetzungen anzuzeigen.

Frühförderung und Sozialpädiatrie

Ziel der Therapie ist die Entwicklungsförderung im Kindesalter bei bestehenden geistigen, motorischen und sprachlichen Defiziten. Im Vordergrund der Behandlungen stehen psychologische und psychosoziale Inhalte. Kommen medizinisch-therapeutische Maßnahmen wie Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie hinzu, spricht man von einer Komplexleistung.

Innerhalb von 3 Monaten sind bis zu 400 Euro erstattungsfähig, wobei Leistungen anderer Kostenträger angerechnet werden. Der Dienstherr als Beihilfeträger gilt nicht als Kostenträger.

Gebührenordnungen und Gebührenverzeichnis

Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen berechnen ihr Honorar nach Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen.

Für Privatversicherte gelten

GOÄ – Gebührenordnung für Ärzte
GOP – Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten
GOZ – Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH – Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

In den meisten Fällen werden die Regelhöchstsätze berechnet:
Für die ärztlichen Leistungen ist das der 2,3-fache, für technische Leistungen der 1,8-fache und für Laborleistungen der 1,15-fache Satz der amtlichen Gebührenordnungen.

Bei Überschreiten dieser Sätze wird von der AXA Krankenversicherung bis zum Höchstsatz der Gebührenordnungen geleistet, wenn der (Zahn-)Arzt auf der Rechnung das Überschreiten des Regelhöchstsatzes ausreichend medizinisch begründet hat.

Höchstsatz für ärztliche Leistungen ist der 3,5-fache, für technische Leistungen der 2,5-fache und für Laborleistungen der 1,3-fache Satz der Gebührenordnung.

Die Höchstsätze lassen sich nur aufgrund einer Honorarvereinbarung zwischen Arzt und Patient überschreiten. Diese zusätzlichen Kosten werden nur dann erstattet, wenn und soweit dies **vor Behandlungsbeginn** beantragt und **schriftlich zugesagt** wurde. In den stationären Tarifen mit privatärztlicher Behandlung erstatten wir bei Behandlung durch den Chefarzt bis zum 5-fachen Satz der GOÄ, um besonders bei Schwersterkrankungen einen Spezialisten hinzuziehen zu können.

Siehe auch Stichwörter **Honorarvereinbarung, Psychotherapie** und **Beitragsstabilisierende Leistungsprüfung**.

Gehaltsfortzahlung

Arbeitnehmer erhalten mindestens während der ersten 6 Wochen einer Arbeitsunfähigkeit von ihrem Arbeitgeber Lohn oder Gehalt in voller Höhe weiter.
Mit dem 42. Tag einer Arbeitsunfähigkeit endet in der Regel die Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber. Der Verdienstausfall sollte je nach Bedarf bis zur vollen Höhe über einen Tarif mit 42 Karenztagen aufgefangen werden.
Im Arbeitsvertrag kann eine längere Gehaltsfortzahlung vereinbart sein. Hiernach soll bei Beantragung einer Verdienstausfallversicherung gefragt werden, da die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Gehaltsfortzahlung sein darf. Außerdem ist der Beitrag bei längerer Karenzzeit günstiger.

Gemischte Anstalten

Unter gemischten Anstalten versteht man Krankenhäuser, die sowohl medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen als auch Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen bzw. Rekonvaleszenten (Genesende) aufnehmen.

Soll eine stationäre Heilbehandlung in einer gemischten Anstalt durchgeführt werden, dann muss **vor Behandlungsbeginn** die schriftliche Kostenzusage eingeholt werden (§ 4 (5) MB/KK). Handelt es sich um eine Notfalleinweisung oder stellt die gemischte Anstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes dar, werden die Kosten auch ohne vorherige Zusage im tariflichen Umfang übernommen. Der Verzicht auf die vorherige Zusage gilt (für die Dauer der Akut-Erkrankung) auch dann, wenn während des Aufenthaltes in der gemischten Anstalt eine akute Erkrankung auftritt, die nichts mit dem bisherigen Aufenthalts-/Behandlungszweck zu tun hat (VG 001 § 4 MB/KK, Nr. 26 (2) TB 2012).

Diese Krankenhäuser wurden von den zuständigen Landesausschüssen des PKV-Verbandes darüber informiert, dass sie als gemischte Anstalten eingestuft sind; üblicherweise informieren sie die Patienten vor Behandlungsbeginn über den Status des Hauses und fordern sie auf, sich mit ihrer privaten Krankenversicherung **vor der Aufnahme** wegen einer eventuellen Kostenübernahme in Verbindung zu setzen.

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlung besteht kein tariflicher Leistungsanspruch, jedoch können unter bestimmten Voraussetzungen freiwillige Leistungen erfolgen.

Geringfügige Beschäftigung

Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn das monatliche Arbeitsentgelt die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt (Geringfügigkeitsgrenze siehe Tabelle Seite 6).
Der Arbeitgeber zahlt bei geringfügigen Beschäftigungen eine Pauschalabgabe in Höhe von 30 % (13 % für die GKV, 15 % für die GRV und 2 % Pauschalsteuer).
Werden mehrere geringfügige Beschäftigungen nebeneinander ausgeübt, so sind sie hinsichtlich des Arbeitsentgelts zusammenzurechnen. Ergibt sich insgesamt betrachtet ein monatliches Arbeitsentgelt oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze, so liegt Versicherungspflicht vor, solange die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschritten wird (Geringfügigkeitsgrenze siehe Tabelle Seite 6).

Nimmt ein versicherungspflichtig Beschäftigter zusätzlich eine geringfügig entlohnte Beschäftigung auf, so bleibt die geringfügige Beschäftigung sozialversicherungsfrei. Weitere geringfügige Beschäftigungen werden jedoch mit der Hauptbeschäftigung zusammengerechnet, so dass diese – im Gegensatz zu der als erstes aufgenommenen geringfügigen Beschäftigung – sozialversicherungspflichtig sind.

Übersteigt das regelmäßige Arbeitsentgelt aus beiden/mehreren Beschäftigungen die Jahresarbeitsentgeltgrenze, so endet die Krankenversicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, sofern die Grenze voraussichtlich auch im Folgejahr überschritten wird.
Ab dem 01.01.2013 unterliegen geringfügig Beschäftigte, anders als bisher, der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung. Eine Befreiung ist auf Antrag des Arbeitnehmers möglich.
Für Beschäftigungsverhältnisse, die vor dem 01.01.2013 bestehen, gelten Bestandsschutz- und Übergangsregelungen bis 31.12.2014.
Siehe auch Stichwort **Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE)**.

Gesellschafter-Geschäftsführer

Hinsichtlich der Versicherungsfähigkeit von Gesellschafter-Geschäftsführern sind drei Möglichkeiten zu unterscheiden:

- Der Gesellschafter-Geschäftsführer ist **beherrschend**: Beherrschender Gesellschafter-Geschäftsführer ist, wer 50 % der GmbH-Anteile oder weniger als 50 % der Anteile hält, aber dennoch die tatsächliche Entscheidungsgewalt in der Gesellschaft hat, d. h. aufgrund seiner Fachkenntnisse das Unternehmen wesentlich mitleitet und weder in der Gestaltung seiner Arbeit noch seiner Arbeitszeit Beschränkungen unterliegt. Beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer werden sozialversicherungsrechtlich zu den Selbstständigen gezählt, sind aber steuerrechtlich Arbeitnehmer der Gesellschaft. An sie ausgezahlte Arbeitgeberanteile werden daher der Einkommensteuer unterworfen, weil kein Anspruch auf den Arbeitgeberanteil nach § 257 SGB V besteht. Die Dauer der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall geht häufig über die für Arbeitnehmer obligatorischen 6 Wochen hinaus, ist aber nicht einheitlich geregelt. Es kann nur der tatsächliche Verdienstausfall abgedeckt werden. Ausnahme: Werden dem Gesellschafter-Geschäftsführer laut Gehaltsabrechnung keine Sozialabgaben (Renten- Arbeitslosenversicherungsbeiträge) einbehalten, gilt der Geschäftsführer arbeitsrechtlich als Selbstständiger. Er könnte dann auch Krankentagegeldtarife mit weniger als 42 Karenztage abschließen, wenn der Arbeitsvertrag im Krankheitsfalle eine kürzere Lohnfortzahlung als 42 Karenztage vorsieht (siehe **Annahmerichtlinien**).
- Der Gesellschafter-Geschäftsführer ist nicht beherrschend, erzielt jedoch ein Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze: Er ist wie ein versicherungsfreier Angestellter zu betrachten.
- Der Gesellschafter-Geschäftsführer ist nicht beherrschend und erzielt ein Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze: Dieser nicht beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer ist versicherungspflichtig.

Gesetzlicher Zuschlag

Seit 01.01.2000 ist im Neugeschäft der gesetzliche Zuschlag in der Krankheitskostenvollversicherung zu zahlen. Für Neukunden gilt ein Prozentsatz von generell 10 % auf den Beitrag ohne Berücksichtigung ggf. vorhandener Risikozuschläge. Ausnahmen sind einige Beihilfetarife, für die nur ein anteiliger gesetzlicher Zuschlag in Höhe von 6 % erhoben wird. Neukunden haben rechtlich keine Möglichkeit, dem gesetzlichen Zuschlag zu widersprechen.

Für Kunden, die bereits vor dem 01.01.2000 eine private Krankheitskostenvollversicherung hatten, ist der gesetzliche Zuschlag erst seit 01.01.2001 zu entrichten, sofern vom Widerrufsrecht kein Gebrauch gemacht wurde. Der gesetzliche Zuschlag betrug in diesem Fall zunächst 2 % und wurde jährlich um zwei Prozentpunkte bis auf 10 % erhöht.

Der gesetzliche Zuschlag wird auf alle Krankheitskostenvollversicherungstarife erhoben, die dem Grunde nach lebenslang bestehen. Er ist nicht fällig für zeitlich befristete Tarife wie z. B. Ausbildungstarife und auch nicht für Zusatzversicherungstarife. Eine Ausnahme besteht für stationäre Zusatztarife, die an die Vollversicherung angebündelt sind – z.B. Tarif KUR-U; für diese ist in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung auch der gesetzliche Zuschlag zu entrichten.

Die Erhebung des gesetzlichen Zuschlags erfolgt, sobald Erwachsenenbeiträge gezahlt werden und endet am 1. Januar des Jahres, in dem der Kunde 60 Jahre alt wird. Er dient zur individuellen Stabilisierung der Beiträge ab dem 65. Lebensjahr. Das angesammelte Kapital wird dann für die Kunden individuell zur Stabilisierung verwendet. Sollte mit Vollendung des 80. Lebensjahres noch Kapital aus dem gesetzlichen Zuschlag übrig sein, wird dieses vollständig ausgeschüttet und zur Beitragsreduzierung verwendet.

Aufgrund des beitragsstabilisierenden Effektes hat AXA den Bestandskunden bei Einführung empfohlen, den gesetzlichen Zuschlag zu zahlen und nicht zu widersprechen.

Bei Tarifen der neuen Welt ist zusätzlich auch das angesammelte Kapital aus dem gesetzlichen Zuschlag bei einem Versichererwechsel mitgabefähig.

gesundheitsservice360°

Weitere Informationen zum gesundheitsservice360° von AXA finden Sie auf den Seiten 203 – 213.

Grenzgänger

Grenzgänger sind Deutsche, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben, jedoch im Ausland (z. B. der Schweiz) berufstätig und bei einem ausländischen Unternehmen beschäftigt sind. Sie sind nicht versicherungspflichtig nach dem Sozialgesetzbuch. Für die AXA Krankenversicherung gibt es Besonderheiten – bitte im Einzelfall bei uns nachfragen.

Grenzwerte

Siehe Tabelle auf Seite 6.

Hausfrauenbeiträge in der GKV

Die Beitragshöhe für freiwillig versicherte Hausfrauen (und Hausmänner) wird in aller Regel in der Satzung der jeweiligen Kasse festgelegt. Üblich ist, dass ein fiktives Einkommen in halber Höhe der Beitragsbemessungsgrenze / maximal jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt wird. Auf speziellen Antrag akzeptieren die Kassen häufig auch 50 % vom Familieneinkommen. Siehe Tabelle auf Seite 6.

Haushaltshilfe/Häusliche Krankenpflege

GKV

GKV-Versicherte erhalten Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) während einer Vorsorgekur, einer stationären Behandlung, einer Rehabilitationsmaßnahme, einer häuslichen Krankenpflege oder einer Müttergenesungskur.

Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch entsteht nur, wenn keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Wird die Haushaltshilfe durch Verwandte oder Verschwägerte bis zum zweiten Grad erbracht, können Fahrtkosten und Verdienstausfall erstattet werden, wenn die Kosten in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten stehen, die beim Einsatz einer Ersatzkraft anfallen würden.

Bei Mutterschaft kann ebenfalls eine Haushaltshilfe gestellt werden. In diesem Fall kann die GKV das Mutterschaftsgeld bis auf die Hälfte kürzen. Die Kosten für eine Haushaltshilfe werden von uns – wie auch von der PKV insgesamt – nicht erstattet.

Seit dem 01.01.2004 muss der GKV-Versicherte eine Zuzahlung entrichten. Sie beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro.

Haushaltshilfe bei AXA

Die Haushaltshilfe umfasst alle Tätigkeiten, die zum Führen eines Haushaltes gehören. Hierunter fallen z. B. die Kinderbetreuung, Zubereitung des Essens, Reinigung der Wohnung oder der Wäsche.

Anspruch auf Haushaltshilfe besteht, wenn
- im Haushalt ein Kind unter 12 Jahren lebt oder
- ein Kind behindert und auf Hilfe angewiesen ist und
- kein Haushaltsmitglied den Haushalt führen kann und
- der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes auf Grund einer
  - Krankenhausbehandlung
  - Anschlussheilbehandlung
  - Schwangerschaft und Entbindung
  - häuslichen Behandlungspflege

  nicht möglich ist.

Es besteht ein Anspruch auf max. 50 Euro pro Tag und längstens 14 Tage je Versicherungsfall.

Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege erfolgt:
- zur Vermeidung oder Verkürzung einer stationären Krankenhausbehandlung (Krankenhausvermeidungspflege)
- zur Sicherung des Ziels einer ärztlichen Behandlung (Sicherungspflege)
- wenn eine Krankenhausbehandlung angezeigt aber nicht durchführbar ist.

Die häusliche Krankenpflege unterscheidet nach:
- Behandlungspflege: z. B. die Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgung oder Verbandwechsel
- Grundpflege: z. B. die Körperpflege, Hilfe bei der Ernährung oder der Bewegung
- Hauswirtschaftliche Versorgung: z. B. Kochen, Einkaufen, Aufräumen der Wohnung

Die Krankenhausvermeidungspflege umfasst in der Regel alle drei Teilbereiche, während die Sicherungspflege nur die Leistungen der Behandlungspflege beinhaltet.

Für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erstatten wir bis max. 50 Euro täglich und für max. 14 Tage je Behandlungsfall.

Die Behandlungspflege wird entsprechend den Versorgungsverträgen, die der Leistungserbringer mit einer gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen hat, oder sofern es keine Versorgungsverträge gibt, nach dem Gebührenverzeichnis für Behandlungspflege erstattet. Die Kosten werden für höchstens 28 Tage je Versicherungsfall erstattet.

Siehe auch Stichwort Mutterschaftsgeld.

Heilfürsorge

Die Heilfürsorge ist eine 100%-ige Fürsorgepflicht des Dienstherrn für **Soldaten, Bundespolizeibeamte und Polizeibeamte während der Ausbildung und im aktiven Dienst.** Ehegatten und Kinder haben Anspruch auf Beihilfe. Für sie ist eine Absicherung der verbleibenden Kosten nach den Beihilfetarifen erforderlich.

In einigen Bundesländern erhalten Polizeibeamte keine Heilfürsorge mehr, sondern Beihilfe, siehe Fahrplan Heilfürsorge, Kapitel **Beihilfe**.

Nach Ausscheiden aus dem aktiven Dienst erlischt der Anspruch auf Heilfürsorge. Ab diesem Zeitpunkt besteht aber zum Teil zeitlich befristet Anspruch auf Beihilfe.
Siehe auch Stichwörter **Wehrpflichtige** und **Zeitsoldaten.**

Heilmittel

Als Heilmittel gelten **ausschließlich** die Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Bäder, Bestrahlungen, Massagen, Krankengymnastik, Inhalationen), Ergotherapie und Logopädie. Für diese Anwendungen besteht tariflicher Leistungsanspruch, wenn sie **vorher ärztlich verordnet** werden oder vom Arzt/Heilpraktiker selbst durchgeführt werden. Werden die Leistungen z. B. durch Masseure oder Krankengymnasten erbracht, gelten **als angemessene Vergütung** die Preise bis zu den Höchstsätzen lt. Heilmittelliste (VG 001 § 4 MB/KK , Nr. 22 (2) TB 2012).

Bei einer Leistungserbringung durch Ärzte oder Heilpraktiker erfolgt die Berechnung nach den in der Gebührenordnung für Ärzte bzw. im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführten Positionen.

Heil- und Kostenplan

Als Service bieten wir unseren Kunden auch den Check von Heil- und Kostenplänen an, damit vor dem Therapiebeginn Klarheit über die finanziellen Konsequenzen der Therapie besteht.

Insbesondere bei Behandlung wegen Zahnersatz, Inlays, Implantaten, Parodontosebehandlungen und kieferorthopädischen Maßnahmen ist es immer sinnvoll, den Heil- und Kostenplan des Zahnarztes **zusammen mit dem Kostenvoranschlag des Labors** an uns zu senden.

In einigen Tarifen (z. B. Komfort Zahn-U, Kompakt Zahn-U, Premium Zahn-U) reduziert sich die Tarifleistung, wenn uns der Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig (vor Behandlungsbeginn) eingereicht worden ist.

Aber auch bei ambulanter ärztlicher Behandlung empfiehlt sich die Einreichung eines Heil- und Kostenplanes, wenn alternative Heilmethoden angewendet werden sollen.

Bei planbaren, insbesondere operativen Behandlungen, bringt die vorherige Zuleitung eines Heil- und Kostenplanes Klarheit über den Leistungsumfang.

Siehe auch Stichwörter **Alternative Heilmethoden und Arzneimittel** und **Beitragsstabilisierende Leistungsprüfung.**

Heilpraktiker

Wir erstatten in den meisten Vollkostentarifen – außer z. B. in den Tarifen VA2-U, EVK-U – die Kosten ambulanter Heilpraktikerbehandlung im tariflichen Umfang für alle medizinisch notwendigen Heilbehandlungen, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind oder die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben. Bei allen Behandlungen der alternativen Medizin dürfen die Kosten nicht höher sein als die Kosten für vergleichbare Behandlungen in der Schulmedizin. Medikamente müssen vom Heilpraktiker verordnet und aus der Apotheke bezogen werden. Dies gilt auch für Injektionspräparate. Rezepte sind mit dem Nachweis des Bezuges aus der Apotheke einzureichen. Der Heilpraktiker muss sich an das geltende Gebührenverzeichnis halten. Überhöhte Honorarforderungen werden nicht erstattet. Vor Beginn einer Untersuchung oder Behandlung sollte der Kunde mit dem Heilpraktiker über den Umfang seines Versicherungsschutzes sprechen. Bei Problemen oder Unklarheiten helfen Ihnen die Mitarbeiter der Leistungsbereiche weiter.

Hilfsmittel

Erstattungsfähige Hilfsmittel sind in unseren AVB aufgeführt. Weitere Informationen zum gesundheitsservice360° von AXA finden Sie auf den Seiten 203 – 213.

Höchstaufnahmealter

Bitte schlagen Sie in den **Annahmerichtlinien** nach.

Honorarvereinbarung

Normalerweise berechnen Ärzte und Zahnärzte ihr Honorar im Rahmen der jeweiligen Gebührenordnung (siehe Stichwort **Gebührenordnungen**). In einigen Fällen, wenn es sich z. B. um besondere Operationen handelt, wollen die Ärzte ein über den Rahmen der Gebührenordnung hinausgehendes Honorar mit dem Patienten vereinbaren. Sie legen ihm dann eine sogenannte „Honorarvereinbarung“ vor.

Damit eine solche Vereinbarung rechtsgültig ist, müssen einige Bedingungen erfüllt sein:

- Sie muss schriftlich getroffen werden.
- Sie muss individuell auf den Behandlungsfall des Patienten abgestimmt sein – ein Vordruck, in dem z. B. nur der Betrag oder Steigerungsfaktor genannt ist, genügt nicht.
- Sie muss erläutern, welche medizinischen Gründe eine höhere Berechnung rechtfertigen.
- Sie muss den Hinweis enthalten, dass eine Erstattung z. B. durch den privaten Krankenversicherer oder Beihilfestellen nicht in vollem Umfang gewährleistet bzw. zu erwarten ist.
- Darüber hinaus muss der Inhalt und der Abschluss einer solchen Honorarvereinbarung vom Arzt ernsthaft zur Disposition gestellt werden, d. h., dem Patienten muss nicht nur ein inhaltliches Gestaltungsrecht zugebilligt werden, sondern der Arzt muss auch auf die Möglichkeit hinweisen, dass die beabsichtigte Behandlung eventuell durch andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen auch ohne Honorarvereinbarung (gegen ein im Rahmen der Gebührenordnung übliches Honorar) durchgeführt werden könnte.

Das bedeutet auch, dass eine solche Honorarvereinbarung auf keinen Fall bei Notfall-Behandlungen, Unfällen oder kurz vor einer Operation rechtswirksam getroffen bzw. anerkannt werden kann, weil dann der Patient keine Entscheidungsmöglichkeit hat, ggf. einen anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen aufzusuchen.

Ist der Patient bei Erfüllung aller Bedingungen bereit, eine Honorarvereinbarung zu treffen, sollte er sich vor der Unterschrift und Behandlung auf jeden Fall mit dem Leistungsbereich in Verbindung setzen.

Der Leistungsumfang und der mögliche Selbstbehalt für den Kunden wird dann geklärt und dem Kunden schriftlich zugesagt. Dies ist in den meisten Fällen Voraussetzung für eine über den Rahmen der Gebührenordnung hinausgehende Leistung.

Um den Versicherten für die typischen Fälle der Honorarvereinbarung eine zusätzliche Sicherheit zu geben, verzichten wir jedoch in bestimmten Fällen auf die Notwendigkeit der vorherigen schriftlichen Zusage (siehe hierzu auch Stichwort **Gebührenordnungen).**

Hospiz und Palliativversorgung

Bei der (teil-)stationären Behandlung in einem Hospiz und im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) werden schwersterkrankte Menschen betreut, um ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Die Menschen werden in ihrer letzten Lebensphase umfassend, unter anderem schmerztherapeutisch, versorgt.

Die Kosten für die Behandlung in einem Hospiz werden entsprechend der Höhe der maximalen GKV-Leistungen übernommen. Das Hospiz muss von der GKV zugelassen sein. Die Leistungen für die ambulante Palliativversorgung erfolgen nach § 37b SGB V. In beiden Fällen werden Leistungen aus der Pflegeversicherung und der Beihilfe angerechnet.

Impfungen

Leistungspflicht besteht grundsätzlich nur für die Impfungen, die bei Verdacht auf eine Infektionskrankheit erfolgen (z. B. nach Kontakt mit einem eventuell tollwütigen Tier). Wir leisten nach den AVB aber auch für Schutzimpfungen, die von der „Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.

Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)

Die Jahresarbeitsentgeltgrenze hat folgende Funktion: Festlegung der Pflichtmitgliedschaft in der GKV (Krankenversicherungspflichtgrenze).

Arbeitnehmer (gewerbliche Arbeitnehmer und Angestellte), deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die JAEG überschreitet, sind krankenversicherungsfrei.
Die Krankenversicherungspflicht endet mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem die JAEG überschritten wird. Vorausgesetzt wird, dass das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt auch die von Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende JAEG übersteigt (siehe auch Stichwort **Arbeitgeberwechsel).**

Aufgrund des Beitragssicherungsgesetzes (BSSichG) gibt es in der Krankenversicherung zwei Jahresarbeitsentgeltgrenzen, die sich in der Höhe unterscheiden. So ist die JAEG für Arbeitnehmer, die am 31.12.2002 gesetzlich versichert waren, höher als die JAEG für Arbeitnehmer, die am 31.12.2002 privat versichert waren. Diese JAEG entspricht auch gleichzeitig der Beitragsbemessungsgrenze. Die Werte entnehmen Sie bitte der Tabelle auf Seite 6.

Siehe auch Stichwörter **Geringfügige Beschäftigung** und **Regelmäßiger Verdienst.**

Karenztage

Unter Karenztagen versteht man die leistungsfreien Tage in der Krankentagegeldversicherung. Die Karenztage zählen ab ärztlicher Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Zeiten vor der ersten ärztlichen Behandlung können bei der Krankentagegeldversicherung nicht berücksichtigt werden.

Kieferorthopädie

Die Kieferorthopädie beschäftigt sich – als Teilgebiet der Zahnmedizin – mit Kiefer- oder Zahnfehlstellungen, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen. Davon abzugrenzen sind ästhetisch/kosmetische Maßnahmen, die nicht zum Leistungsumfang einer Krankenversicherung gehören. Vor Beginn von Maßnahmen für Kieferorthopädie ist in der Regel ein Heil- und Kostenplan vorzulegen (in einigen Tarifen reduziert sich ansonsten der Erstattungssatz). Auch bei kieferorthopädischen Maßnahmen sind die Leistungen in den ersten vier bzw. fünf Versicherungsjahren durch die Zahnstaffel begrenzt.

Kinderbeiträge der GKV

Kinder, die aufgrund der Bestimmungen in § 9 SGB V eine eigene Mitgliedschaft in der GKV haben, zahlen:

- den Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte. Dieser wird errechnet aus der Mindestbemessungsgrenze allgemein (siehe Tabelle Seite 6) als fiktives Einkommen. Ab dem 01.01.2013 beträgt der Kinderbeitrag 151,42 Euro (inkl. SPV).
- Hat das Kind eigenes Einkommen, das über dieses fiktive Einkommen hinausgeht, ist das tatsächliche Einkommen zu berücksichtigen. Dabei zählen alle Einkunftsarten, z. B. Kapitalerträge und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung.

Kinder-/Jugendlichen-/Erwachsenenbeiträge

In fast allen Tarifen wird zwischen Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenenbeiträgen unterschieden.
Die Erhöhung erfolgt – abhängig vom jeweiligen Tarif – zum 1. des Folgemonats oder zum 01.01. des folgenden Kalenderjahres, in dem der Versicherte das entsprechende Alter erreicht. In den einzelnen Tarifen sind die jeweiligen Stufen mit den entsprechenden Prämien aufgeführt.

- Ab Alter 20 werden in den meisten Tarifen mit den Monatsbeiträgen Rücklagen für das Alter gebildet (Alterungsrückstellung). Die Beitragserhöhung erklärt sich dort also schon aus dem hinzugekommenen Sparbeitrag.
- Auch in Tarifen, in denen keine Alterungsrückstellung gebildet wird, kommt es aufgrund des erhöhten Risikos in diesen Altern zu einer Beitragsanhebung.
- Diese Vorgehensweise ist vom Gesetzgeber vorgegeben und ist deshalb bei allen PKV-Unternehmen gleich.

Kinder-Nachversicherung

Neugeborene können in der Krankheitskostenvoll-/Zusatzversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten zum Tag der Geburt versichert werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind (§ 2 (2) MB/KK):

- Am Tag der Geburt muss ein Elternteil seit mindestens 3 Monaten bei der AXA Krankenversicherung versichert sein.
- Die Anmeldung zur Versicherung muss spätestens 2 Monate nach dem Tag der Geburt vorliegen.
- Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein. Nach den **neuen Tarifbedingungen** kann der tarifliche Selbstbehalt des Kindes in der Krankheitskostenvollversicherung niedriger gewählt werden als der eines oder beider versicherten Elternteile. Sind beide Elternteile bei uns versichert, kann der Versicherungsschutzes des Kindes so hoch sein wie der höherwertige Versicherungsschutz eines Elternteiles (VG 001 § 2 MB/KK, Nr. 7a TB 2012).
- **Im Geburtsmonat erfolgt eine pro-rata-Berechnung für den Beitrag des Kindes.**

Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Auch im Falle einer Adoption gilt die 2-Monatsfrist, d. h. die Antragstellung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption (Beschluss des Vormundschaftsgerichts) erfolgen und ein Nachweis über die Adoption muss beigefügt werden. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis 100% des Tarifbeitrags möglich.

Abweichend von § 2 Abs. 2 MB/KK beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne die dort geforderte Versicherungsdauer auch dann ab Geburt, wenn der Versicherungsantrag angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war (Frühgeburtenregelung, (VG 001 § 2 MB/KK, Nr. 7c TB 2012).

Für Pflegekinder gelten die vorstehenden Aussagen nicht.

Kostenerstattung bei der GKV (§ 13 Abs. 2 SGB V)

Seit dem 01.01.2004 können sich alle GKV-Versicherten für das Prinzip der Kostenerstattung entscheiden. Seit 01.04.2007 ist eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung bzw. den stationären Bereich möglich. Die Wahl des Kostenerstattungsprinzips für den stationären Bereich ist jedoch nicht empfehlenswert. Wir empfehlen, Wahlleistungen wie bisher ergänzend zu versichern.

Versicherte, die bis zum 31.12.2003 von der satzungsgemäßen Wahlmöglichkeit einer leistungsartbezogenen Begrenzung des Kostenerstattungsverfahrens Gebrauch gemacht haben und eine entsprechende private Ergänzungsversicherung abgeschlossen haben, dürfen im Rahmen des Vertrauensschutzes auch weiterhin die begrenzte Kostenerstattung beibehalten.

Was bedeutet Kostenerstattung?
Wer sich für das Kostenerstattungsprinzip entscheidet, erwirbt den Status eines Privatpatienten bei allen ambulanten Behandlungen (ärztliche und zahnärztliche Leistungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Psychotherapie und Kieferorthopädie).
Die Kostenerstattung kann auch nur für einzelne Personen gewählt werden; somit sind auch unterschiedliche Formen der Leistungsinanspruchnahme innerhalb der Familie möglich.
Der Versicherte ist an die Wahl der Kostenerstattung für mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

Wie funktioniert das Kostenerstattungsprinzip?
Der behandelnde Arzt stellt eine Privatrechnung auf GOÄ- bzw. GOZ-Basis aus. Diese muss der Versicherte zunächst zur Erstattung bei seiner GKV einreichen. Auch Heil- und Kostenpläne für eine zahnärztliche Behandlung sind vor Behandlungsbeginn bei der GKV einzureichen. Die Kasse erstattet bzw. genehmigt bei einem Heil- und Kostenplan aber nur den Betrag, den die Behandlung nach dem Sachleistungsprinzip (Chipkartenabrechnung) gekostet hätte. Darüber hinaus werden die gesetzlichen Zuzahlungen (z. B. Praxisgebühr und Arzneimittelzuzahlungen) und eine sog. Verwaltungskostenpauschale von der GKV in Abzug gebracht. Die Höhe des Verwaltungskostenabschlags richtet sich nach der Satzung der jeweiligen Kasse – maximal beträgt er 5% des Rechnungsbetrages. Er wird je Versichertem mit Kostenerstattung und je Leistungsantrag erhoben. Dem GKV-Versicherten verbleibt somit eine erhebliche Lücke!

Siehe auch Kapitel **Zusatzversicherungen.**

Vorteile des Kostenerstattungsprinzips:
- Privatpatientenstatus
- Inanspruchnahme von Ärzten, die ausschließlich Privatpatienten behandeln
- Ggf. schnellere Terminvergabe beim Arzt
- Keine Budgetbeschränkungen beim Arzt
- Erstattung von verordneteten Medikamenten, für die die GKV keine Leistungen erbringt

Bevor der Kunde die Kostenerstattung bei der GKV beantragt, sollte er einen Antrag für die Ergänzungsversicherung stellen. Erst nach Vorliegen einer verbindlichen Annahmebestätigung empfiehlt sich die Beantragung des Kostenerstattungsverfahrens bei seiner Kasse, da die Bindefrist an diese Wahlentscheidung einheitlich mindestens ein Jahr beträgt.
Die Wahlfristen sind in der Kassensatzung festgelegt – in der Regel erfolgt die Umstellung auf das Kostenerstattungsverfahren zum nächsten Ersten oder zum nächsten Quartal – bitte bei der jeweiligen GKV nachfragen. Die jeweilige GKV ist auch Ansprechpartner, wenn es um weitere Fragen zur Kostenerstattung geht (z. B. Weiterführung des Kostenerstattungsprinzips bei Wechsel der GKV).

Krankengeld bei der GKV

Krankengeld wird bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung im Anschluss an die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers gezahlt, jedoch für dieselbe Krankheit längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren. Für Arbeitnehmer beträgt das Krankengeld 70% des bisherigen regelmäßigen beitragspflichtigen Bruttoarbeitsentgeltes und Arbeitseinkommens (Regelentgelt), höchstens jedoch 90% des bisherigen Nettolohnes. Das Krankengeld vermindert sich um die Arbeitnehmerbeiträge zur Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und zur Pflegeversicherung. Zur Berechnung des Krankengeldes wird allerdings nur das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

Gesetzlich versicherte Arbeitnehmer, deren Einkommen diese Grenze wesentlich überschreitet, müssen mit erheblichen finanziellen Einbußen rechnen. Bei Arbeitsunfähigkeit entsteht bei allen GKV-Mitgliedern mit Anspruch auf Krankengeld eine Versorgungslücke.

Das Krankengeld in der GKV ist zwar steuerfrei, unterliegt aber dem sogenannten Progressionsvorbehalt.
Siehe Stichwort **Progressionsvorbehalt**.

Seit dem 01.08.2009 können Selbstständige, die freiwillig in der GKV versichert sind, das Krankengeld wieder mitversichern.

Dabei sind verschiedene Konstellationen möglich:
- Der Versicherte zahlt den ermäßigten GKV-Beitragssatz von 14,9% und verzichtet auf den Einschluss des Krankengeldes.
- Der Versicherte zahlt den ermäßigten GKV-Beitragssatz von 14,9% und schließt zusätzlich einen Wahltarif ab, der die Krankengeldzahlung in individuell zu vereinbarender Höhe beinhaltet. **Bitte beachten:** Der Abschluss dieses Wahltarifs bindet den Kunden 3 Jahre an die jeweilige Krankenkasse. Die Mindestbindungsfrist findet bei einem Statuswechsel wegen Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 4 und § 190 Abs. 3 SGB V keine Anwendung. Allerdings muss das Pflichtmitglied eine Austrittserklärung nach § 190 Abs. 3 abgeben, damit die Versicherungsfreiheit ausgelöst wird und die Mitgliedschaft endet (Statuswechsel).
- Der Versicherte zahlt den allgemeinen Beitragsatz von 15,5% und hat damit Anspruch auf die Krankengeldzahlung ab der 7. Woche. Allerdings besteht der Anspruch nur

bis zur Höhe des maximal versicherbaren Tagegeldes in der GKV von rund 85 Euro.
- Der Versicherte zahlt den ermäßigten GKV-Beitragssatz und schließt das Krankentagegeld bei einem PKV-Unternehmen ab.

Bei den Varianten 1 und 3 kommt es zu entsprechend großen Deckungslücken.

Bei der Variante 3 ist zu berücksichtigen, dass der Selbstständige in den ersten 6 Wochen der Arbeitsunfähigkeit nicht abgesichert ist und anschließend lediglich den Höchstsatz erhält, so dass hier eine Deckungslücke entstehen kann.

Krankenhaus, Wahlleistungen

Im Krankenhaus können neben den allgemeinen Krankenhausleistungen auch sogenannte Wahlleistungen in Anspruch genommen werden. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um die privatärztliche Behandlung und die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer. Für die bessere Unterbringung können sich Patienten generell auch dann entscheiden, wenn keine privatärztliche Behandlung gewünscht wird. Umgekehrt können die Krankenhäuser – außer in Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und im Saarland – die privatärztliche Behandlung von der Unterbringung im Einbett- oder Zweibettzimmer abhängig machen.

Siehe auch Stichwörter **DRG** und **Beitragsstabilisierende Leistungsprüfung.**

Krankenhauswahl

Grundsätzlich können die Kunden der AXA Krankenversicherung jedes Krankenhaus weltweit aufsuchen, wenn es folgende Voraussetzungen erfüllt (§4 (4) MB/KK):
- Es muss unter ständiger ärztlicher Leitung stehen
- Es muss über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen
- Es muss Krankengeschichten führen

Bei **Krankenhäusern**, die die oben genannten Bedingungen erfüllen, aber auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen (sog. gemischte Anstalten), wird für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung grundsätzlich nur dann geleistet, wenn dies **vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt** wurde. (Ausnahmen und weitere Informationen siehe auch Stichwort **Gemischte Anstalten).**

Bei Tbc-Erkrankungen wird auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
Auch bei der Wahl des Krankenhauses ist grundsätzlich auf Kostengünstigkeit zu achten – dies gilt insbesondere für Privatkliniken. Bei planbaren Aufenthalten in Privatkliniken werden max. 50% mehr als Entgelt anerkannt als in Plan-Krankenhäusern (öffentliche, frei-gemeinnützige oder konfessionelle). Diese Begrenzung bezieht sich ausschließlich auf die Unterbringungskosten – Arztkosten werden hiervon nicht berührt (VG 001 § 4 MB/KK, Nr. 23 (2) TB 2012).

Soll eine stationäre Behandlung (z. B. eine Operation) in einem Krankenhaus durchgeführt werden, das sich weit entfernt vom üblichen Aufenthaltsort des Kunden oder sogar im Ausland befindet, können unnötig hohe Kosten (Transportkosten, Aufenthaltskosten, Arztkosten) anfallen. In solchen Fällen sollte auf jeden Fall eine **vorherige Abstimmung** mit dem Leistungsbereich erfolgen (siehe auch Stichwort **Auslandsschutz der AXA Krankenversicherung**). Insbesondere bei Behandlungen in den USA können wir unseren Kunden einen besondere Service anbieten.
Siehe auch Stichwort **Aktiver Gesundheits-Service/ gesundheitsservice360°.**

Krankenkassenwahl

GKV-Versicherte können fast immer selbst entscheiden, in welcher Krankenkasse sie Mitglied sein wollen. An die Wahl der jeweiligen Kasse sind sie grundsätzlich 18 Monate gebunden.

Frei wählbare Krankenkassen:
- Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) des Beschäftigungs- oder Wohnortes
- alle Ersatzkassen (z. B. Barmer GEK, DAK, TK)
- Deutsche RV Knappschaft-Bahn-See (KBS)

Mit Einschränkungen wählbare Krankenkassen:
- Betriebskrankenkassen (BKK)
- Innungskrankenkassen (IKK)
  soweit sie für den Betrieb, in dem der Versicherte arbeitet, zuständig sind oder sich generell geöffnet haben.

Zuweisungskasse:
- Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)
  Die LKK ist ausschließlich für bestimmte Berufszweige zuständig (s. Stichwort Landwirte), deren Angehörige auch kein Wahlrecht haben. Per Gesetz erhält nur noch die LKK Mitglieder zugewiesen, um die Existenz dieser Kassenart zu erhalten.

Generell kann immer auch diejenige Krankenkasse gewählt werden, die zuletzt für den zu Versichernden oder seinen Ehegatten zuständig war. Das Wahlrecht gilt nicht für die beitragsfrei versicherten Angehörigen in der Familienversicherung. Sie sind an die Wahlentscheidung des Mitglieds gebunden.

Die **Künstler-Sozialkasse** in Wilhelmshaven ist kein Versicherungsträger, sondern nur eine Verwaltungsbehörde. Ihre Aufgabe besteht u. a. in der Feststellung der Versicherungspflicht von Künstlern, der Befreiung von der Versicherungspflicht sowie im Einzug und der Abführung von Versicherungsbeiträgen an den jeweiligen gesetzlichen Versicherungsträger.

Krankentagegeld bei AXA Krankenversicherung

Beim Abschluss der Krankentagegeldversicherung ist für die Berechnung des Tagessatzes die Höhe des Monats**netto**einkommens zugrunde zu legen. Die Höhe des Monats**netto**einkommens ergibt sich aus dem Durchschnittswert der letzten 12 Monate vor Antragsstellung.

Informationen, bis zu welcher Höhe Krankentagegelder versicherbar sind, finden Sie in den Annahmerichtlinien.
Im Versicherungsfall wird – anders als in der GKV – vom Krankentagegeld kein Abzug der Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherungsbeiträge vorgenommen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von uns an die Bundesanstalt für Arbeit überwiesen. Allerdings müssen die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung während des Krankentagegeldbezugs zu 100% weiter bezahlt werden. Der privatversicherte Arbeitnehmer ist nicht verpflichtet, nach Ablauf der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber Beiträge zur Rentenversicherung zu entrichten, kann dies aber für die Dauer von 18 Monaten freiwillig tun.
Siehe Stichwort **Arbeitsunfähigkeit.**

Erhöhung des Krankentagegeldes

(VG 002 § 4 MB/KT, Nr. 7 TB 2012)
- Für Versicherte mit einer Krankheitskostenvollversicherung bietet AXA jährlich eine Erhöhung des Krankentagegeldes ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten an. Überschreitet das dadurch insgesamt versicherte Krankentagegeld das versicherbare Nettoeinkommen, darf der Versicherungsnehmer das befristete Angebot nicht annehmen.

Ein Angebot unterbleibt, wenn
– bei der Beitragszahlung Verzug besteht
– die Höchstgrenze von 200 Euro erreicht ist
– in den vergangenen drei Jahren oder im laufenden Kalenderjahr Krankentagegeld bezogen wurde.

- Im Verhältnis zur aktuellen Steigerung des Nettoeinkommens kann die versicherte Person die Anpassung des Krankentagegeldes beantragen. Sofern die Antragstellung innerhalb von 2 Monaten nach Veränderung gestellt wird, entfallen die Wartezeiten und Gesundheitsprüfung. Ein entsprechender Einkommensnachweis ist beizufügen.

Bitte beachten Sie die gültigen Höchstgrenzen in den **Annahmerichtlinien!**

Kündigung bei der GKV

Seit dem 01.01.2002 sind Versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder an die Wahlentscheidung 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft mit der Absicht, in eine andere gesetzliche Krankenkasse zu wechseln, ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich. Bei Beitragssatzerhöhungen besteht ein Sonderkündigungsrecht. Die 18-monatige Bindungsfrist gilt in diesen Fällen nicht.

Die 18-monatige Bindungsfrist gilt außerdem auch nicht bei Wechsel von ehemals Versicherungspflichtigen, die nun versicherungsfrei werden, in die PKV, z. B. bei Existenzgründung oder wegen des Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze. D. h., hier ist ein sofortiger Wechsel in die private Vollversicherung möglich. Gleiches gilt für Familienversicherte, die versicherungsfrei werden. Auch bei Personen, die bereits freiwillig versichert sind, kommt die Bindefrist nicht zum tragen. Der Antrag auf private Krankenversicherung sollte möglichst zeitnah gestellt werden, da aufgrund der Krankenversicherungspflicht (siehe Stichwort **Wettbewerbsstärkungsgesetz/WSG**) keine Lücke entstehen darf.

Im Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 durch das GKV-WSG wird das Sonderkündigungsrecht auf die Fälle ausgedehnt, in denen die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, erhöht oder die Prämienzahlung verringert.

Das GKV-WSG bietet die Möglichkeit, dass Versicherte einen Wahltarif abschließen. Die Mindestbindungsfrist beträgt ein Jahr (Ausnahme: beim Wahltarif Krankengeld und Selbstbehalttarifen sind es drei Jahre). Die Mindestbindungsfrist findet bei einem Statuswechsel wegen Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 4 und § 190 Abs. 3 SGB V keine Anwendung. Allerdings muss das Pflichtmitglied eine Austrittserklärung nach § 190 Abs. 3 abgeben, damit die Versicherungsfreiheit ausgelöst wird und die Mitgliedschaft endet (Statuswechsel).

Um die Mitgliedschaft wirksam kündigen zu können, muss innerhalb der Kündigungsfrist die Annahmebestätigung der PKV oder der neuen gesetzlichen Krankenkasse vorgelegt werden. Unterbleibt dies, ist die Kündigung unwirksam!

Kündigung bei der PKV

Ordentliche Kündigung des VN

„Der VN kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (Kalenderjahres), frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt sein." (§ 205 (1) VVG und AVB).

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) schreibt der Gesetzgeber vor, dass ab dem 01.01.2009 eine Krankenversicherung mit Versicherungsschutz für ambulante Leistungen und für stationäre Regelleistungen bestehen muss. Dies gilt auch für die Pflegepflichtversicherung.

Kündigungen für die Pflichttarife werden ab 01.01.2009 nur wirksam, wenn das nahtlose Bestehen eines anderweitigen, gleichwertigen Versicherungsschutzes durch Nachweis belegt wird (Ausnahme Tod und Ausland). Wenn der Kunde diesen Nachweis nicht erbringt, können nur die Tarife beendet werden, die nicht von der Pflicht betroffen sind (z. B. Krankenhaustagegeldtarif).

Kündigung wegen Pflichtversicherung/Heilfürsorge

„Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, indem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich." (§ 205 (2) VVG und AVB).

Wechsel zur GKV erfolgte nicht

Konnte die beabsichtigte GKV-Versicherung nicht begründet werden (z. B., weil die versicherungspflichtige Beschäftigung nicht angetreten wurde), sind wir zum erneuten Abschluss eines Vertrages – auch bei schlechtem Risiko – verpflichtet, wenn

- der VN die Fortführung bzw. den Neuabschluss des Vertrages innerhalb von **drei Monaten nach Beendigung des bei uns bestandenen PKV-Vertrages** beantragt

und

- der gekündigte Vertrag mindestens fünf Versicherungsjahre ununterbrochen bestanden hat

und

- der Vertrag in unmittelbarem Anschluss fortgeführt wird bzw. werden soll.

Der Vertrag ist

- ohne erneute versicherungsmedizinische Prüfung (d. h. ohne Vorlage einer Kündigungsrücknahmeerklärung) und
- ohne erneute Wartezeiten sowie
- unter Berücksichtigung der bereits erworbenen Alterungsrückstellungen fortzuführen.

Bei der Versicherungszeit von fünf Jahren wird auch eine Anwartschaftsversicherung berücksichtigt, wenn die versicherte Person während der Zeit der Anwartschaftsversicherung versicherungsfrei war und daher keine Möglichkeit auf Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung in der GKV hatte.

GKV-Versicherung kann nicht fortgesetzt werden

Kann die GKV-Versicherung nicht fortgesetzt werden (z. B. weil die Versicherungszeit von fünf Jahren nicht erfüllt ist), sind wir zum erneuten Abschluss eines Vertrages – auch bei schlechtem Risiko – verpflichtet, wenn

- der VN die Fortführung bzw. den Neuabschluss des Vertrages
- innerhalb von **zwölf Monaten nach Beendigung des bei uns bestandenen PKV-Vertrages** beantragt

und

- der gekündigte Vertrag mindestens fünf Versicherungsjahre ununterbrochen bestanden hat

und

- der Vertrag in unmittelbarem Anschluss an die GKV-Versicherung fortgeführt wird bzw. werden soll.

Der Vertrag ist

- ohne erneute versicherungsmedizinische Prüfung (d. h. ohne Vorlage einer Kündigungsrücknahmeerklärung) und
- ohne erneute Wartezeiten sowie
- unter Berücksichtigung der bereits erworbenen Alterungsrückstellungen fortzuführen.

Bei der Versicherungszeit von fünf Jahren wird auch eine Anwartschaftsversicherung berücksichtigt, wenn die versicherte Person während der Zeit der Anwartschaftsversicherung versicherungsfrei war und daher keine Möglichkeit auf Mitgliedschaft bzw. Familienversicherung in der GKV hatte.

Der Vertrag bei einer anderen PKV kommt nicht zustande
Kommt der Vertrag bei einer anderen PKV – aus welchen Gründen auch immer – nicht zustande, wollen wir den bei uns gekündigten Vertrag unverändert fortführen, wenn

- der VN die Fortführung des Vertrages innerhalb von **drei Monaten nach Beendigung des bei uns bestandenen Vertrages** beantragt,
- der gekündigte Vertrag mindestens fünf Versicherungsjahre bestanden hat

und

- der Vertrag in unmittelbarem Anschluss fortgeführt wird.

Der Vertrag ist

- ohne erneute versicherungsmedizinische Prüfung (d. h. ohne Vorlage einer Kündigungsrücknahmeerklärung)

und

- ohne erneute Wartezeiten

sowie

- unter Berücksichtigung der bereits erworbenen Alterungsrückstellungen fortzuführen.

Sonderfall VVG Neu: Der VN schließt bei einem anderen Versicherungsunternehmen einen Vertrag ab und hat uns zuvor nachgewiesen, dass Folgeschutz besteht, so können wir die Kündigung bestätigen. Anschließend widerspricht der VN beim neuen Unternehmen dem Vertragsabschluss. Damit ist ein Vertrag dort nicht zustande gekommen. Die Kündigung bei uns wird jedoch nicht unwirksam und der Vertrag muss nicht wieder in Kraft gesetzt werden. Das Folgeunternehmen ist verpflichtet, die Versicherungspflicht zu kontrollieren.

Zahlt der Kunde hingegen beim Folgeunternehmen den Erstbeitrag nicht, ist das Unternehmen entsprechend der neuen MBKK nicht berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Diesen Kunden werden wir nicht wieder aufnehmen können/müssen. Dies gilt natürlich auch dann, wenn der VN bei uns den Erstbeitrag nicht zahlt. Ein Rücktritt ist nicht möglich (natürlich jeweils nur im Rahmen der Pflichtversicherung, bei Zusatzversicherungen bleibt es bei der alten Rechtslage, ebenfalls bei der KT-Versicherung).

Kündigungsmöglichkeiten in der PKV
Vertraulich! Nur intern zur Eigenschulung verwenden.

Ein Wechsel zwischen den Unternehmen der PKV sollte genau überlegt werden.

Wichtig:
Erst wenn der Antrag angenommen wurde, kommt der Vertrag zustande. Sorgen Sie deshalb für eine rechtzeitige Annahmeentscheidung.

Gesellschaft	Mindestvertragsdauer	Kündigungsfrist: 3 Monate zum Ende des …
Albingia	3 Jahre	Kalenderjahres
Allianz (Vereinte)	2 Jahre	Kalenderjahres
Allianz (Vereinte)	1 Jahr	Kalenderjahres (Gruppentarife)
Alte Oldenburger	2 Jahre	Versicherungsjahres
APK	3 Jahre	Kalenderjahres
ARAG	2 Jahre	Kalenderjahres
ASSTEL	1 Jahr	Kalenderjahres
AXA	2 Jahre	Kalenderjahres
Barmenia	2 Jahre	Versicherungsjahres
Bayerische BKK	2 Jahre	Versicherungsjahres
Bayerische BKK	2 Jahre	Kalenderjahres (Verbundtarife mit UKV)
Bayr. Beamten	1 Jahr	Kalenderjahres
Berlin-Kölnische	2 Jahre	Kalenderjahres
Berlin-Kölnische Speziale	2 Jahre	Kalenderjahres
Central	2 Jahre	Kalenderjahres; bis 31.12.97 Versicherungsjahres
Concordia	2 Jahre	Kalenderjahres
Continentale	1 Jahr	Versicherungsjahres
Continentale	1 Jahr	Kalenderjahres (BSB, BSS, BSZ, BZB)
Cosmos	1 Jahr	Versicherungsjahres
Debeka	1 Jahr	Versicherungsjahres
Deutscher Ring	2 Jahre*	Kalenderjahres
DEVK	1 Jahr	Kalenderjahres
DKV (inkl. Globale, Zürich und Vereinte)	2 Jahre	Kalenderjahres
Ergo direct (KarstadtQuelle)	1 Monat	Kalendermonats
Europa	1 Jahr	Versicherungsjahres
FAMK	1 Jahr	Versicherungsjahres
Generali	3 Jahre	Kalenderjahres
Gothaer	2 Jahre	Kalenderjahres
Hallesche	2 Jahre	Versicherungsjahres
Hanse-Merkur	2 Jahre	Kalenderjahres
Hanse-Regional	2 Jahre	Kalenderjahres
HUK-Coburg	1 Jahr	Kalenderjahres
Inter	1 Jahr	Versicherungsjahres
LKH	2 Jahre	Kalenderjahres
LVM	2 Jahre	Kalenderjahres
Liga	1 Jahr	Kalenderjahres
Mannheimer	2 Jahre	Kalenderjahres
Mecklenburgische	1 Jahr	Kalenderjahres
Münchener Verein	2 Jahre	Kalenderjahres
Nova	1 Jahr	Versicherungsjahres
Nürnberger	2 Jahre	Kalenderjahres
Ohra	3 Jahre	Kalenderjahres
Partner	1 Jahr	Versicherungsjahres
Pax-Familienfürsorge	2 Jahre	Kalenderjahres
Provinzial	2 Jahre	Kalenderjahres
R+V	2 Jahre	Kalenderjahres
Savag	2 Jahre	Versicherungsjahres

Gesellschaft	Mindestvertragsdauer	Kündigungsfrist: 3 Monate zum Ende des …
SDK	2 Jahre	30.06. eines Jahres
Signal	2 Jahre	Versicherungsjahres
UKV	2 Jahre	Kalenderjahres
Universa	2 Jahre	Versicherungsjahres
Württembergische	2 Jahre	Kalenderjahres

Quelle: Tarifbedingungen der Mitbewerber

Im Einzelfall können die Kündigungsmöglichkeiten (z. B. Altverträge oder NBL-Tarife) auch anders liegen. Bei der Krankentagegeldversicherung beträgt die Vertragsdauer in der Regel 1 Jahr.

Hinweis bei „Kalenderjahr“: in der Regel Rumpfjahr + 1 Jahr.

* Mindestlaufzeit 24 Monate (unterjährige Kündigung möglich)

Kündigung durch die AXA Krankenversicherung

Vollversicherung und Zusatzkosten- und Pflegeergänzungsversicherung

Die AXA Krankenversicherung verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht (VG 001 §14 MB/KK, Nr. 55 TB 2012 und §14 (1) AVB/EPV). Ausnahmen: Tarife EG035-U, AWFH und EVK-U, sowie Krankentagegeldtarife, wenn keine Vollversicherung bei uns besteht.

Krankenhaustagegeld-Versicherung

Die AXA Krankenversicherung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des 3. Versicherungsjahres kündigen, wenn nicht gleichzeitig auch eine Krankheitskostenvollversicherung besteht. Die AXA Krankenversicherung verzichtet gemäß neuen Versicherungsbedingungen auf ihr Kündigungsrecht, wenn das Krankenhaustagegeld ursprünglich mit einer Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen wurde, auch wenn diese zum Ende des dritten Versicherungsjahres nicht mehr besteht (VG 001 § 14 MB/KK, Nr. 55 TB 2012).

Krankentagegeld-Versicherung

Die AXA Krankenversicherung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines jeden der ersten 3 Versicherungsjahre kündigen; eine Kündigung ist nicht möglich, wenn ein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers gegeben ist. Bei Selbstständigen verzichten wir auf das Kündigungsrecht, wenn gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung besteht (VG 002 § 14 MB/KT Nr. 34 TB 2012).

Pflegepflichtversicherung

Endet die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z. B. wegen Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung, so kann die AXA Krankenversicherung mit den für den Versicherungsnehmer geltenden Fristen und zu dem für den Versicherungsnehmer maßgeblichen Zeitpunkt kündigen; danach ist eine ordentliche Kündigung nur mit einer Frist von 3 Monaten jeweils zum Jahresmöglich. (§ 14 (2) MB/PPV).

Künstler/Publizisten

Künstler ist, wer Musik, darstellende oder bildende Kunst schafft, ausübt oder lehrt. Publizist ist, wer als Schriftsteller, Journalist oder in anderer Weise publizistisch tätig ist. Künstler und Publizisten sind in der GKV versicherungspflichtig nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG).

Befreiung von der Versicherungspflicht:

Das Gesetz sieht zwei Möglichkeiten des Künstlers/Publizisten vor, sich von der gesetzlichen Krankenversicherung befreien zu lassen:

- als Berufsanfänger
- als Höherverdienender

Als **Berufsanfänger** gilt ein Künstler/Publizist innerhalb der ersten drei Jahre nach erstmaliger Aufnahme seiner hauptberuflichen künstlerischen/publizistischen Tätigkeit. Der Berufsanfänger kann innerhalb der ersten 3 Monate seiner Berufstätigkeit wählen, ob er der GKV beitreten oder sich bei einem PKV-Unternehmen versichern will. Entscheidet sich der Berufsanfänger für eine PKV, muss nachgewiesen werden, dass deren Vertragsleistungen denen der GKV entsprechen. Wer einmal von der Versicherungspflicht befreit worden ist, verbleibt auch nach Ablauf der dreijährigen Berufsanfängerzeit in der privaten Krankenversicherung, es sei denn, er hat innerhalb der drei Jahre nach erstmaliger Aufnahme der selbständigen künstlerischen/publizistischen Tätigkeit schriftlich erklärt, dass seine Befreiung von der Versicherungspflicht enden soll. Die Versicherungspflicht beginnt in diesem Fall nach Ablauf der Dreijahresfrist. Die Befreiung von der Versicherungspflicht kann nicht mehr widerrufen werden, wenn sie nach Ablauf der Dreijahresfrist noch besteht.

Höherverdienende:

Künstler oder Publizisten können sich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen, wenn ihr Gesamteinkommen aus drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren die Summe der Jahresarbeitsentgeltgrenzen für denselben Zeitraum überstiegen hat. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Kur- und Sanatoriumsbehandlungen dienen der Erhaltung der Gesundheit und nicht der Heilung. Nach den Bestimmungen des § 5 Abs. 1 d MB/KK besteht für diese Behandlungen keine Leistungspflicht, sofern der Tarif keine abweichende Regelung enthält.

Ob und in welchem Umfang wir uns im Einzelfall an den Kosten für eine solche Behandlung beteiligen können, muss unbedingt vor Beginn der Behandlung mit den Leistungsbereichen abgeklärt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Tarifaussagen ist jeder Fall individuell zu prüfen.

Allgemeine Informationen enthält auch das Merkblatt „Zuschüsse zu Kuren“. Bei Kur- und Sanatoriumsbehandlungen ist zu unterscheiden nach:

Kur

Sie dient der Vorbeugung von gesundheitlichen Fehlentwicklungen bzw. Festigung des Gesundheitszustandes. Eine Kur liegt vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht nach einem bestimmten Plan bestimmte ortsgebundene Heilfaktoren (z. B. Wasser, Luft, Klima) angewendet werden. Ziel ist die Aktivierung der eigenen Körperkräfte. Durch Schulungen und Vorträge soll Einfluss auf die Lebensführung genommen werden.

Sanatoriumsbehandlung

Diese erfolgt wie die Kur, beinhaltet aber zusätzlich die Unterkunft, Pflege, Verpflegung und weitere Behandlungsangebote im Sanatorium.

Mutter-/Vater-Kind-Kur

Bei dieser Form der Kur erfolgt die Unterbringung/Behandlung von Mutter oder Vater zusammen mit dem Kind in einer entsprechenden Einrichtung. Dabei ist es nicht Voraussetzung, dass auch das Kind erkrankt ist. Es kann auch z. B. ein gesundes Kind mit einem erkrankten Elternteil aufgenommen werden.

Genesungskur

Als Genesungskur gilt ein Kuraufenthalt, der spätestens 6 Monate nach einer mindestens 15-tägigen Krankenhausbehandlung oder einem 10-tägigen Krankenhausaufenthalt

mit durchgeführter Operation beginnt und zur Sicherstellung des Heilerfolges medizinisch notwendig ist.

Sonstige Kur
Darunter fallen die Kuraufenthalte, die die Kriterien für eine Genesungskur nicht erfüllen.

Landwirte

Landwirte sind grundsätzlich versicherungspflichtig in der GKV (Landwirtschaftliche Krankenkasse). Die LKK ist ausschließlich für die u. g. Berufszweige zuständig. Auch deren Angehörige haben kein Wahlrecht.

Landwirtschaftliche Unternehmer können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn der Wirtschaftswert ihres landwirtschaftlichen Unternehmens 30.000 Euro übersteigt. Der Antrag auf Befreiung muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht gestellt werden.

Landwirte sind nach dem Gesetz Unternehmer
- der Land- und Forstwirtschaft
- des Gartenbaus
- des Wein-, Obst- und Gemüsebaus
- der Teichwirtschaft und Fischzucht
- der Seen- und Flussfischerei und Imker
- der Wanderschäferei

Leistungsende bei der GKV

Der Anspruch auf Leistungen der GKV erlischt an dem Tag, an dem die Mitgliedschaft in der GKV endet (§ 19, 1 SGB V). Bei Wechsel in die private Krankenversicherung besteht also unter keinen Umständen eine Nachleistungspflicht in der GKV.

Etwas anderes ergibt sich für die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, wenn diese endet und keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. In diesen Fällen besteht eine Nachleistungspflicht von max. 1 Monat (§ 19, 2 SGB V).

Leistungskürzungen in der GKV

Siehe S. 8.

Medi-Service

Weitere Informationen zum gesundheitsservice360° von AXA finden Sie auf den Seiten 203 – 213.

Medizinische Notwendigkeit

Grundvoraussetzung für den Anspruch auf eine Versicherungsleistung ist, dass die jeweilige Untersuchung bzw. Behandlung einschließlich der verordneten Medikamente, Heil- und Hilfsmittel medizinisch notwendig ist. Die medizinische Notwendigkeit muss anhand objektiver Kriterien (z. B. durch medizinische Befunde, Laborergebnisse, Röntgenaufnahmen, Modelle) nachvollziehbar sein.

Das ist eigentlich selbstverständlich. Allerdings gibt es in Grenzbereichen manchmal Probleme.
Zum Beispiel kann es sein, dass eine Erkrankung zwar eine Behandlung erfordert, dass diese aber nicht in einem Krankenhaus (stationär) durchgeführt werden muss – dann liegt für die Durchführung der stationären Behandlung keine medizinische Notwendigkeit vor. Bei einer inhaltlich vergleichbaren ambulanten Durchführung der Therapien würden die Kosten hingegen tariflich erstattet.

Auch im zahnärztlichen Bereich kann eine bestimmte Versorgungsart zwar medizinisch möglich, aber trotzdem nicht medizinisch notwendig sein. Hier sorgt ein rechtzeitig vor Behandlungsbeginn eingereichter Heil- und Kostenplan des Zahnarztes und des zahntechnischen Labors für Klarheit.
Auch in Bezug auf Rücktransporte aus dem Ausland kann die medizinische Notwendigkeit fraglich sein. Bei Krankheit oder Unfall ist der Wunsch des Kunden nach einem Rücktransport nach Deutschland nur zu verständlich – für die Versicherungsleistung kann es aber nur darauf ankommen, ob eine medizinische Notwendigkeit für einen Rücktransport vorliegt. Die Grenzen hierfür sind eher eng zu sehen.
Zur Vermeidung von finanziellen Belastungen des Kunden empfiehlt es sich, unbedingt beim Leistungsbereich telefonisch nachzufragen. Bei Fragen zu Rücktransporten nach Deutschland wird über die in den Versicherungsunterlagen angegebene Notruf-Telefonnummer Klarheit geschaffen.

Mutterschaftsgeld

Unabhängig davon, ob eine Frau berufstätig ist oder nicht, hat sie nach der Geburt eines Kindes Anspruch auf Elterngeld. Für das Mutterschaftsgeld ist es im Gegensatz hierzu erforderlich, verschiedene Fälle zu unterscheiden:

Nicht berufstätige Frauen:

Regelung der GKV	Regelung von AXA
■ keine Leistung durch die GKV außer bei Bezug von ALG (Mutterschaftsgeld entspricht Höhe des ALG) ■ Beitragsfreiheit während des Bezugs von Elterngeld ■ familienversicherte oder geringfügig beschäftigte Frauen erhalten ein einmaliges Mutterschaftsgeld von 210 EUR	■ kein Mutterschaftsgeld ■ grundsätzlich Beitragspflicht unabhängig von Elterngeld

Selbstständige Frauen mit Krankentagegeldanspruch:

Regelung der GKV	Regelung von AXA
■ Mutterschaftsgeld während der Schutzfristen in Höhe des versicherten Krankengeldes. Das Elterngeld wird hierauf angerechnet ■ meist keine Beitragsfreiheit während des Bezugs von Elterngeld und Mutterschaftsgeld. Bitte ggf. Rücksprache mit der Kasse halten.	■ kein Mutterschaftsgeld ■ grundsätzlich Beitragspflicht unabhängig von Elterngeld

Selbstständige Frauen ohne Krankentagegeldanspruch:

Regelung der GKV	Regelung von AXA
■ keine Leistung durch die GKV ■ Beitragspflicht während des Bezugs von Elterngeld	■ kein Mutterschaftsgeld ■ grundsätzlich Beitragspflicht unabhängig von Elterngeld

Arbeitnehmerinnen:

Regelung der GKV	Regelung von AXA
■ Mutterschaftsgeld maximal 390 EUR pro Monat während der Schutzfristen (6 Wochen vor, bis 8 Wochen nach der Entbindung bzw. 12 Wochen nach der Entbindung bei Zwillings- oder Frühgeburten) ■ Während der Schutzfristen übernimmt der Arbeitgeber die Differenz zwischen dem Mutterschaftsgeld und dem Nettoeinkommen ■ Laufend zu zahlendes Mutterschaftsgeld wird auf das Elterngeld bis zu 13 EUR täglich angerechnet; das Elterngeld wird also ergänzend bezahlt, wenn das Mutterschaftsgeld im Einzelfall geringer ist als das Elterngeld. D.h. 2 Monate Mutterschaftsgeld inkl. AG-Zuschuss werden auf 2 Monate der Elterngeldleistung für die Mutter angerechnet. ■ Während des Bezugs von Elterngeld und für die Dauer der Elternzeit ist die Mitgliedschaft von versicherungspflichtigen bzw. familienversicherten Mitgliedern der GKV beitragsfrei (Ausnahme: immatrikulierte Studenten). Familienversichert ist auch der Ehepartner, der bisher auch freiwilliges Mitglied der GKV war (als Arbeitnehmer), wenn die sonstigen Voraussetzungen der Familienversicherung erfüllt sind.	■ einmaliges Mutterschaftsgeld von 210 EUR Der Antrag ist zu stellen beim Bundesversicherungsamt – Mutterschaftsgeldstelle – Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn ■ Während der Schutzfristen übernimmt der Arbeitgeber die Differenz zwischen 390 EUR und dem Nettoeinkommen ■ Das einmalige Mutterschaftsgeld wird nicht auf das Elterngeld angerechnet ■ grundsätzliche Beitragspflicht unabhängig von Elternzeit und Elterngeld

Nachmeldepflicht

Die vorvertragliche Anzeigepflicht betrifft, wenn der Antrag nach dem Invitatiomodell aufgenommen wird, auch die Zeit zwischen Antragstellung und Antragsannahme. Diese Nachmeldepflicht besteht bis zur Annahme unseres Angebotes (Annahme unseres Angebotes zum Vertragsabschluss) durch den/die Versicherungsnehmer/in. Sagen Sie dem Kunden, dass er alle Veränderungen des Gesundheits- oder Gebisszustandes bzw. Schwangerschaften, die bis zur Annahme seines Antrags eintreten, umgehend schriftlich an die AXA Krankenversicherung nachmelden muss. Die Anzeigepflicht einschließlich der Nachmeldepflicht gilt natürlich auch für den Bereich der Vorversicherung, des Berufs und des Familienstandes. Siehe auch Stichwort **Anzeigepflicht bei Antragstellung**.

Bei einem Vertrag nach dem Antragsmodell entfällt die Nachmeldepflicht für den Versicherungsnehmer.

Optionsmöglichkeiten

Durch die Ausübung einer Option kann eine versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten die Umstellung in einen Tarif mit höheren als auch umfassenderen Leistungen vornehmen, sofern die Voraussetzungen hierfür gegeben sind und Versicherungsfähigkeit im gewünschten Tarif besteht.
Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen und Fristen zur Wahrnehmung der Option entnehmen Sie bitte dem jeweiligen Tarifblatt.

Pflegeversicherung – Leistungen im Pflegefall

Tarife PVN/PVB:

Häusliche Pflege

Bei Pflegebedürftigkeit werden die Kosten für die Pflege durch eine Fachkraft erstattet oder ein Pflegegeld für die Pflege durch Laien (Verwandte/Freunde) gezahlt.
Die monatlichen Höchstsätze sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt (siehe Tarife PVN/PVB, Seiten 215 und 216).

Pflegeberatung

Versicherte Personen haben seit 01.01.2009 Anspruch auf kostenlose individuelle Pflegeberatung und -begleitung. Die Pflegeberatung erfolgt in der Regel dort, wo die Pflege durchgeführt wird.

Stationäre Pflege

Die monatlichen Höchstsätze für die stationäre Pflege in Pflegeheimen sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt (siehe Tarife PVN/PVB, Seiten 215 und 216).

Daneben bietet das Pflegemanagement Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit wie beispielsweise:
- Beratung für eine optimale Folgeversorgung nach stationärer Behandlung
- Leistungsfragen zur Pflegebedürftigkeit
- Hilfestellung bei der Suche nach geeigneten Pflegeheimen und -fachkräften
- Beschaffung von Pflegehilfsmitteln

Primärarzt

Die Tarife Vital-U und EL Bonus-U fördern kostenbewusste Verhaltensweisen, indem sie die Erstbehandlung durch einen sogenannten Primärarzt honorieren. Im Tarife EL Bonus-U geschieht das durch einen höheren tariflichen Erstattungssatz. Aus dem Tarif Vital-U können erwachsene Versicherte (ab 20 Jahre) einen „Verhaltensbonus“ für kosten- oder gesundheitsbewusstes Verhalten bekommen.

Primärärzte im Sinne der Tarife Vital-U und EL Bonus-U sind
- praktische Ärzte
- Ärzte für Allgemeinmedizin
- Gynäkologen
- Augenärzte
- Kinderärzte (nur Tarif EL Bonus-U)

Ärzte anderer Fachrichtungen können nicht als Primärarzt anerkannt werden, auch dann nicht, wenn sie eine „Hausarztfunktion“ übernehmen.
Erfahrungsgemäß liegt das Liquidationsniveau bei diesen Ärzten deutlich über dem der oben genannten Fachrichtungen, so dass ihre Anerkennung als Primärarzt der Absicht der tariflichen Regelung zuwiderliefe.

Ausnahme: Ein Internist, der den Antragsteller nachweislich über mehrere Jahre als Hausarzt behandelt hat, kann dem Primärarzt gleichgestellt werden. Voraussetzungen:
1. Der Internist wird bereits im Antrag namentlich als Hausarzt genannt.

2. Wir prüfen anhand eines Arztberichtes den Behandlungsverlauf der letzten Jahre.
3. Hat der Internist den Antragsteller nachvollziehbar über mehrere Jahre hausärztlich behandelt, so erfolgt eine entsprechende Dokumentation.

Privatkliniken
Siehe hierzu Stichwort: **Krankenhauswahl.**

Probeantrag
Häufig erhalten wir Anträge, die als „Probeanträge“ gekennzeichnet sind; diese Probeanträge sind für den Kunden unverbindlich und das Verfahren ist weder für den Kunden noch für den Vermittler vorteilhaft, da zu einem späteren Zeitpunkt der Kunde erneut aufgesucht werden muss, um den eigentlichen Antrag aufzunehmen.

Für den Fall, dass ein Kunde einen Probeantrag wünscht, bietet sich die Antragsaufnahme nach dem Invitatiomodell an, da dieser Antrag für den Kunden ebenfalls unverbindlich ist. Nach der Prüfung des Invitationantrages erhält der Kunde ein Angebot zum Abschluss einer Krankenversicherung mit allen notwendigen Angaben und Informationen, die er auch bei einem „Probeantrag“ bekommen würde. Der Kunde kann dieses Angebot prüfen und ggf. annehmen. So kommt der Vertrag ohne erneuten Besuch des Kunden zustande.

Progressionsvorbehalt
Krankengelder für GKV-Versicherte sind nicht generell steuerfrei. Grundlage hierfür ist § 32 b des Einkommensteuergesetzes. Danach führt bei Arbeitnehmern außer Arbeitslosengeld auch die Zahlung von Krankengeld durch die GKV zu einem höheren Steuersatz.

Die Zahlungen von Krankengeld müssen beim Lohnsteuerjahresausgleich oder der Einkommensteuererklärung angegeben werden. Sie unterliegen dem Progressionsvorbehalt. Das heißt, der anzuwendende Steuersatz kann höher ausfallen, obwohl die Höhe des zu versteuernden Einkommens sich nicht verändert hat. Bagatellfälle sollen über die Werbungskostenpauschale für Arbeitnehmer ausgegrenzt werden.

Für die Bezieher von Krankentagegeld aus der PKV gilt diese Bestimmung nicht! Private Krankentagegelder sind völlig steuerfrei!

Psychotherapie
Damit die Kosten übernommen werden können, muss es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit handeln, also nicht z. B. um Erziehungshilfen, Beratung wegen schulischer oder familiärer Probleme oder um Lehranalysen.

Nach den Tarifbedingungen besteht ein tariflicher Leistungsanspruch dann, wenn die ambulante Psychotherapie durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt wird. Die Erstattung ist abhängig von der Sitzungszahl – die jeweilige Höhe entnehmen Sie bitte der jeweiligen Tarifbeschreibung.

Unabhängig vom Versicherungsbeginn gilt, dass Leistungen für Psychotherapien durch Heilpraktiker generell für alle Tarife ausgeschlossen sind.

Selbstverständlich wird vor Behandlungsbeginn und in bestimmten Abständen während des Therapieverlaufs geprüft, ob die medizinische Notwendigkeit (weiter) gegeben ist.

Hinweis: Es empfiehlt sich, vor Behandlungsbeginn einen ausführlichen Bericht an den Leistungsbereich zu senden, damit der Kunde auch vor Behandlungsbeginn über den Leistungsumfang informiert werden kann.

Rechnungs-Check
Mit der Beurteilung, ob eine Rechnung im Einzelfall in vollem Umfang korrekt ausgestellt wurde, sind die Kunden in aller Regel überfordert. Einmal bezahlt, fällt es jedoch schwer, zu Unrecht berechnete Beträge zurückzufordern.

Der Rechnungs-Check der AXA bietet dem Kunden die Möglichkeit, insbesondere höhere Behandlungsrechnungen vor der Bezahlung gründlich prüfen zu lassen. Beinhaltet die Rechnung Anteile, die aus gebührenrechtlicher Sicht nicht korrekt sind, so kann der Kunde dies nun bei der Bezahlung der Rechnung berücksichtigen und ggf. auch gegenüber dem Leistungserbringer im Gesundheitswesen oder der Verrechnungsstelle argumentieren.

Für welche Belege eignet sich der Rechnungs-Check?
- **Arzt- oder Zahnarztrechnungen aus Deutschland** mit einem **Rechnungsbetrag von min. 200 Euro**
- Die Rechnungen sind **noch nicht bezahlt** und das **Zahlungsziel noch nicht erreicht**

Nach der Prüfung erhält der Versicherungsnehmer schnellstmöglich eine schriftliche Information über die Erstattungsfähigkeit der Rechnung.

Wichtig: Eine Prüfung/Bearbeitung der Rechnung ist nur möglich, wenn für die Einreichung das Formular „Rechnungs-Check“ verwendet wird. Die Unterlagen können uns dann per Fax an 0221 148-21290 oder per E-Mail an Service@axa.de zugesandt werden.

Weitere Informationen zum Rechnungs-Check erhalten Sie auf unserem Online-Portal gesundheitsservice360°.
Im Online-Portal, der BT und auch unter My AXA finden Sie das Formular für den Rechnungs-Check.

Regelmäßiger Verdienst
Zum Jahresarbeitsentgelt zählen soweit die Leistungen **nicht** steuerfrei gewährt werden oder nicht mit einem Pauschalsteuersatz versteuert werden:
- alle regelmäßig wiederkehrenden Leistungen
- monatliches Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung
- Sonderzuwendungen, die wenigstens einmal jährlich gewährt werden:
  - Weihnachtsgeld
  - Urlaubsgeld
  - 13. oder weiteres Gehalt
- Pauschalen:
  - Spesenpauschale
  - Fahrtkostenpauschale
  - Überstundenpauschale
- Zulagen:
  - Verantwortungszulagen
  - Schichtzulagen
  - Zulagen für Schmutzarbeit
  - Erschwerniszuschläge
- Sachbezüge
- vermögenswirksame Leistungen ohne Arbeitnehmer-Sparzulage.

Rehabilitation

Die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen werden von den gesetzlichen Rentenversicherungsträgern (Deutsche Rentenversicherung (ehemals BfA und LVA)) für bestehende und frühere Mitgliedschaften, den Berufsgenossenschaften, der zuständigen Ärzteversorgung und gegebenenfalls von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Die Träger übernehmen die Kosten für die Gesamtaufwendungen der Rehabilitationsmaßnahme. Kosten für zusätzliche Leistungen entstehen in der Regel nicht: Die Ausstattung der Kliniken mit Ein- oder Zweibettzimmern ist Standard, der medizinische Behandlungsumfang erfordert keine privatärztliche Behandlung. Die Kliniken dürfen aus diesem Grund auch keine Zuschläge für die Unterbringung etwa im Zweibettzimmer oder für privatärztliche Behandlung erheben. Während der Rehabilitationsmaßnahme zahlen diese Träger auf Antrag des Kunden darüber hinaus ein Übergangsgeld.

Da die Kosten also anderweitig gedeckt sind, werden von der AXA Krankenversicherung für Reha-Maßnahmen nur unter bestimmten Umständen Leistungen erbracht.

Siehe auch Stichwort **Anschlussheilbehandlung.**

Rentner

Wer mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte seines Erwerbslebens in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war (freiwillig oder als Pflichtmitglied), wird in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) versicherungspflichtig. Auch die Mitgliedschaft in der Familienversicherung wird auf die 90%-Regel angerechnet. Der Beitrag wird bei in der KVdR versicherungspflichtigen Rentnern aus der Summe der Einkünfte errechnet.

Altersrente
+ Hinterbliebenenrente
+ Versorgungsbezüge
+ Arbeitseinkommen aus Selbstständigkeit oder Arbeitnehmertätigkeit

= Gesamtsumme zur Ermittlung des Beitrages

Bei freiwillig versicherten Rentnern müssen daneben bei der Berechnung auch noch Einkünfte aus
Vermietung
+ Verpachtung
+ Kapitalerträge
berücksichtigt werden.

Wird ein privat Krankenversicherter durch Rentenantrag versicherungspflichtig, kann er sich innerhalb von 3 Monaten von der Versicherungspflicht befreien lassen (betrifft also nur diejenigen, die am Ende ihres Erwerbslebens in die PKV gewechselt sind). In solchen Fällen ist eine Abstimmung mit uns dringend angeraten. Bei uns ist der Beitrag weiterhin zu zahlen – unter Wegfall der Krankentagegeldversicherung und abzüglich des gesetzlichen Zuschlages. Ist im Krankenversicherungsvertrag der Tarif „Beitragsentlastung im Alter“ (BEA-U) enthalten, vermindert sich der Beitrag weiter um die vereinbarte BEA-U-Leistung. Wie der gesetzlich Versicherte erhält auch der privat versicherte Rentner einen Zuschuss durch seinen Rentenversicherungsträger. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des um 0,9% geminderten allgemeinen Beitragssatzes – bezogen auf die gesetzliche Rente, max. jedoch 50% des tatsächlichen Krankenversicherungsbeitrages. Die Pflegeversicherung wird nicht bezuschusst.
Siehe auch Stichwort **Alterungsrückstellung.**

Rück-/Vordatierung des Versicherungsbeginns

Allgemeines

- Beginn der Versicherung ist grundsätzlich der erste Tag eines Monats
- Bei Verbeamtung kann als Versicherungsbeginn der Tag der Verbeamtung vereinbart werden
- Bei Ende der GKV-Mitgliedschaft und Beginn der Selbstständigkeit kann untermonatlich versichert werden, sofern es sich um einen unmittelbaren Anschluss handelt.

Rückdatierung

Vollversicherung

- Ein rückwirkender Versicherungsbeginn ist bei Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) möglich, sofern die Antragstellung innerhalb von 3 Monaten nach GKV-Ende erfolgt. Damit ist ein nahtloser Versicherungsschutz gewährleistet. Gleichzusetzen mit der GKV ist der Anspruch auf truppenärztliche Versorgung bzw. Heilfürsorge.
- Bei **Übertritt aus der PKV** ist eine Rückdatierung maximal auf den ersten des Monats, in dem der Antrag bei der AXA eingegangen ist, möglich.

Zusatzversicherung

- Bei Anträgen auf Zusatzversicherung, die bis zum 15. eines Monats bei der AXA Krankenversicherung eingehen, ist als Versicherungsbeginn der 1. des laufenden Monats möglich; ansonsten der 1. des Folgemonats

Vordatierung

Vollversicherung und Pflegevorsorgetarife
Der Versicherungsbeginn darf nicht mehr als 6 Monate in der Zukunft liegen; gerechnet ab Antragsdatum

Zahnvorsorgetarife DENT Premium und DENT Komfort

- Für die Zahnvorsorgetarife DENT Premium und DENT Komfort gilt dasselbe wie für die Vollversicherung und Pflegevorsorgetarife.
- Aber: Wenn wir bei Vorlage eines **zahnärztlichen Zeugnisses** (AXA Formular) mit gutem Zahnstatus auf die Wartezeiten verzichten, ist eine Vordatierung des **Versicherungsbeginns** – analog der Regelung für andere Zusatzversicherungen – maximal auf den übernächsten Monatsersten nach Antragstellung möglich

Zusatzversicherung
außer Pflegevorsorgetarife, Zahnvorsorgetarife DENT Premium und DENT Komfort
Für Zusatzversicherungen ist eine Vordatierung **maximal** auf den übernächsten Monatsersten nach **Antragstellung** möglich.

Für **Optionstarife** ohne Vollkostenversicherung ist eine Vordatierung generell nicht möglich.

Rücktritt

Wenn der Versicherungsnehmer die vorvertragliche Anzeigepflicht schuldhaft verletzt hat (d. h. vorsätzlich oder grob fahrlässig), kann die AXA Krankenversicherung unter den weiteren Voraussetzungen der §§ 19 ff. VVG vom Vertrag zurücktreten.

Eine Anzeigepflichtverletzung liegt z. B. dann vor, wenn der Kunde im Antrag falsche Angaben über seinen Gesundheits- und Gebisszustand macht oder ihn bagatellisiert.

Der genauen und vollständigen Beantwortung aller Antragsfragen kommt somit eine sehr hohe Bedeutung zu. In besonders schwerwiegenden Fällen ist eine Anfechtung des Vertrages möglich.

Ruhensvereinbarung

Ein Krankenversicherungsvertrag kann in folgenden Situationen ruhend gestellt werden:

- Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt. Die Dauer des Ruhens ist zu Beginn fest zu vereinbaren, und es sind Anwartschaftsbeiträge zu zahlen.
- Bei einer wirtschaftlichen Notlage. Auch hier ist die Dauer ab Beginn fest zu vereinbaren, und es sind Anwartschaftsbeiträge zu zahlen.
- Bei vorübergehender Versicherungspflicht kann der Vertrag ebenfalls in eine Anwartschaftsversicherung gegen Zahlung von Anwartschaftsbeiträgen umgewandelt werden.
- Bei Ableistung von Wehr- oder Ersatzdienst. Zwar sind auch hier Anwartschaftsbeiträge zu zahlen, jedoch wird ein Teil dieser Kosten (bis ca. 25 Euro pro Monat) von der Unterhaltssicherungsbehörde erstattet.
- Während der Laufzeit der Ruhensvereinbarung werden keine Leistungen erbracht.

Siehe auch Stichwort **Arbeitslosigkeit.**

Sammelinkassovertrag

Sammelinkassoverträge können nur nach Rücksprache mit dem Bereich FVS (Geschäftsbereich Firmen, Verbände, Spezialgeschäft) geschlossen werden!
Grundsätzlich gelten folgende Voraussetzungen:

- Der Arbeitgeber ist Vertragspartner der Vereinbarung über das Sammelinkasso
- Die Mitarbeiter sind Versicherungsnehmer
- Die Beiträge werden vom Arbeitgeber kostenfrei an uns überwiesen.

Scheidung

Im Falle einer Scheidung kann das Kind/können die Kinder in der Familienversicherung des GKV-versicherten Elternteils aufgenommen werden – unabhängig davon, bei welchem Elternteil die Kinder in der BRD leben und welches Elternteil das Sorgerecht hat – § 10 Abs. 3 SGB V (Familienversicherung) findet im Falle einer Scheidung keine Anwendung, da die Eltern nicht mehr verheiratet sind (s. auch Stichwort **Familienversicherung).**

Selbstständige

Im Gegensatz zu Arbeitnehmern, die nur versicherungsfrei sind, wenn ihr Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, sind Selbstständige grundsätzlich nicht versicherungspflichtig. Ausnahmen: Künstler, Publizisten und Landwirte sind trotz Selbstständigkeit versicherungspflichtig, wenn sie sich nicht von der Versicherungspflicht befreien lassen (siehe auch Stichwörter **Künstler/Publizisten** und **Landwirte).**

Der Verdienstausfall ist individuell versicherbar.
Siehe Stichwort **Krankentagegeld bei AXA Krankenversicherung** und Kapitel **Annahmerichtlinien.**

Selbstbehalt

Als Alternative zu einem 100 %-Versicherungsschutz bieten wir auch Tarife mit Selbstbehalt an (VA 2-600-U, Vital 300/900-U).

Vorteil für den Kunden:

- Da Bagatellrechnungen vom Versicherungsnehmer selbst bezahlt werden, wird der Verwaltungsaufwand gesenkt; so können die Beiträge niedriger kalkuliert werden.

Der Selbstbehalt gilt für jeweils ein Kalenderjahr. Alle anerkannten Kosten, die den jährlichen Selbstbehalt überschreiten, werden tariflich erstattet.

Auch in der Zielgruppe Arbeitnehmer gewinnen Tarife mit Selbstbehalt an Bedeutung. Dies liegt daran, dass

- unter bestimmten Voraussetzungen der Arbeitgeber Selbstbehalte steuerfrei (bis zu 600 Euro) erstatten kann und
- die gesetzliche Krankenversicherung ebenfalls in vielen Bereichen Selbstbehalte fordert (z. B. Zuzahlungen zu Medikamenten).

Selbstbeteiligung im Krankenhaus

Mitglieder der GKV haben ab Vollendung des 18. Lebensjahres bei einer stationären Behandlung eine tägliche Selbstbeteiligung von 10 Euro zu übernehmen. Sie ist auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt (= 280 Euro).

Sozialgesetzbuch V

Wesentliche Rechtsgrundlage für die GKV ist das Sozialgesetzbuch V (SGB V).
Folgende Paragraphen sind wichtig für die Versicherungsmöglichkeit in der PKV:

■ Pflichtmitgliedschaft in der GKV	§ 5 SGB V
■ Versicherungsfreiheit	§ 6 SGB V
■ Befreiung von der Versicherungspflicht	§ 8 SGB V
■ Freiwillige Weiterversicherung in der GKV	§ 9 SGB V
■ Familienversicherung in der GKV	§ 10 SGB V
■ Krankenkassenwechsel	§ 175 SGB V
■ Arbeitgeberzuschuss zur PKV	§ 257 (2) SGB V

Soziotherapie

Die Soziotherapie erfolgt bei Patienten mit schweren psychischen Störungen, wie z. B. Schizophrenie, wahnhaften Störungen oder schweren depressiven Episoden.

Im Rahmen dieser ambulanten Versorgungsleistung (mit Trainings- und Motivationsmethoden sowie Koordinierungsmaßnahmen) sollen Krankenhausaufenthalte vermieden und die Patienten in die Lage versetzt werden, überhaupt medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Aufgrund des teilweise schweren Krankheitsbildes sind die Menschen nicht in der Lage, sich um diese Angelegenheiten zu kümmern.

Ein Leistungsanspruch besteht für max. 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall. Personen, die in betreuten Wohngemeinschaften leben oder vergleichbaren Einrichtungen betreut werden, haben keinen Anspruch auf die Soziotherapie.

Standardtarif für Nichtversicherte (modifizierter Standardtarif)

Siehe Stichwort **Wettbewerbsstärkungsgesetz.**

Steuern

Durch das Bürgerentlastungsgesetz können ab 01.01.2010 die Beiträge zu Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung steuerfrei geltend gemacht werden. Dabei können jedoch nur die tatsächlich gezahlten Beiträge berücksichtigt werden. Erstattete Beiträge (BRE) und Bonifikationen mindern den abzugsfähigen Betrag entsprechend.

Beiträge für Zusatzleistungen (z. B. wahlärztliche Leistungen, Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer, Krankentagegeld) können nicht steuerlich abgesetzt werden.

Das Gesetz sieht für den Zeitraum 2010 bis 2019 eine Günstigerprüfung vor. D. h., das Finanzamt prüft, ob die bisherige oder die neue Rechtslage für den Steuerpflichtigen günstiger ist und wendet diese bei der Steuerberechnung an.

Der **Selbstbehalt** kann – sofern er im betreffenden Kalenderjahr zum Tragen gekommen ist – steuerlich als außergewöhnliche Belastung unter Berücksichtigung der zumutbaren Eigenbelastung geltend gemacht werden.

Die Leistungen der privaten Krankenversicherung sind grundsätzlich steuerfrei. Das gilt auch (im Gegensatz zum Krankengeld der GKV) für Krankentagegelder!
Ausnahme: Macht ein beherrschender Gesellschafter-Geschäftsführer seine Krankentagegeld-Versicherung als Betriebsausgabe steuerlich geltend, so sind die Leistungen steuerpflichtige Einnahmen des Betriebs.

Studenten

Sind die Eltern gesetzlich versichert, so haben Studenten im allgemeinen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr Anspruch auf Familienversicherung in der GKV; sie sind also bis zu diesem Alter beitragsfrei mitversichert. Dieser Zeitraum verlängert sich noch um die Dauer des Wehr- oder Ersatzdienstes.

Studenten können sich innerhalb von 3 Monaten nach Studienbeginn von der Versicherungspflicht befreien und privat versichern oder der gesetzlichen Krankenversicherung (AOK, Ersatzkasse oder geöffnete BKK/IKK) beitreten. In der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen sie dann die verminderten Studentenbeiträge (sogenannte studentische Krankenversicherung). Den Monatsbeitrag für die studentische Kranken-/Pflegeversicherung entnehmen Sie bitte der Tabelle auf Seite 6.

Die studentische Krankenversicherung endet einen Monat nach dem letzten Studiensemester, spätestens nach Ablauf des 14. Semesters oder 30. Lebensjahres.

Danach haben Studenten die Wahl, ob sie sich privat oder freiwillig gesetzlich versichern. Bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV errechnet sich der Studentenbeitrag aus der Mindestbemessungsgrundlage, unabhängig davon, ob die Einkünfte diesen Wert erreichen. Liegt das tatsächliche Einkommen jedoch über diesem Betrag, so errechnet sich der Beitrag nach den tatsächlichen Einkünften, höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Für die ersten sechs Monate der freiwilligen studentischen Krankenversicherung gilt ein reduzierter Beitragssatz – siehe Tabelle auf S. 6.

Teilstationäre Behandlung

Hierunter versteht man eine Behandlung im Krankenhaus, die entweder nur am Tag oder nur nachts durchgeführt wird **oder** die sich nur über wenige Stunden erstreckt.

Aus Krankenhauskosten-Tarifen werden die tariflichen Leistungen erbracht. Zur Zahlung des Krankenhaustagegeldes bzw. ausgleichenden Ersatz-KHT sind die unterschiedlichen Regelungen in den Tarifen zu beachten.

Ambulante Entbindungen und ambulante Operationen gelten – auch wenn sie im Krankenhaus durchgeführt werden – nicht als teilstationäre Behandlungen.

Tierarzt

Für eine Vollversicherung gelten die Tarife der Arbeitnehmer und Selbstständigen. Zu den Krankentagegeldern einschließlich der versicherbaren Tagegeldhöhen und Krankenhaustagegeldern einschließlich der Tagegeldhöhen siehe Kapitel **Annahmerichtlinien**.

Transportkosten

Die Kostenerstattung für Fahrten (auch mit dem eigenen PKW, Taxi oder öffentlichen Verkehrsmitteln bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit) bzw. Krankentransporte zur ambulanten und stationären Behandlung sowie für Rücktransporte und Überführungen aus dem Ausland ist in den **einzelnen Tarifen unterschiedlich** geregelt. Bitte beachten Sie die dortigen Bestimmungen.

Krankentransporte: Krankentransporte im Krankenwagen, Rettungswagen oder Rettungshubschrauber finden in der Regel auf ärztliche Veranlassung oder im Zusammenhang mit einem Rettungseinsatz statt. Die Notwendigkeit für den Transport ist im Allgemeinen aus dem Zusammenhang mit der Behandlung heraus ersichtlich und muss daher nicht gesondert bescheinigt werden.

Rücktransporte aus dem Ausland: Für einen ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland werden die tariflichen Leistungen erbracht, soweit es sich um zusätzliche Kosten handelt (z. B. Rettungsflugzeug, Stretcher im Linienflugzeug, Umbuchung und Mehrkosten wegen vorzeitigem Rückflug). Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport zum Wohnort dann, wenn eine ausreichende medizinische Behandlung am Ort der Erkrankung oder im Urlaubsland nicht möglich ist; wir übernehmen natürlich auch die Kosten für einen Krankentransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Ausland.
Ein Rücktransport im Ambulanzflugzeug z. B. aus den USA oder der Karibik kann bis zu 60.000 Euro kosten; ein Rückflug mit der Linienmaschine in einer speziellen Vorrichtung (Stretcher) von einer Mittelmeerinsel kostet immerhin 5.000 Euro bis 7.500 Euro. Um eventuelle finanzielle Belastungen zu vermeiden, sollte daher vor der Entscheidung über einen Rücktransport unbedingt eine Abstimmung mit der AXA Krankenversicherung erfolgen.
Unter der Telefonnummer +49 221 148-36505 oder unter Auslandsbetreuung@axa-assistance.de sind wir rund um die Uhr erreichbar.

USA – Auslandsbetreuung

Weitere Informationen zum gesundheitsservice360° von AXA finden Sie auf den Seiten 203 – 213.

Versicherungsjahr

Bei uns entspricht das Versicherungsjahr dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.
Ausnahme: Auslandsreisekrankenversicherung (ARE/ARJ)

Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht in der GKV besteht kraft Gesetzes, wenn die im Gesetz näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt werden. Versicherungspflicht besteht für

- Arbeitnehmer (Angestellte und gewerbliche Arbeitnehmer), die einer nicht geringfügigen Beschäftigung nachgehen, mit einem Bruttojahresarbeitsentgelt bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze
- Arbeitslose mit Bezug von ALG
- Auszubildende
- Bergleute
- Künstler/Publizisten
- Landwirte
- Rentner
- Seeleute
- Studenten

Tritt nach Vollendung des 55. Lebensjahres ein Tatbestand der Versicherungspflicht ein, besteht dennoch Versicherungsfreiheit, wenn die betreffende Person in den unmittelbar vorausgegangenen 5 Jahren nicht in der GKV versichert war und mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder als hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger nicht versicherungspflichtig war. Siehe auch Stichwörter **Geringfügige Beschäftigung, Jahresarbeitsentgeltgrenze, Künstler/Publizisten, Regelmäßiger Verdienst** und **Rentner**.

Versorgungsbezüge

Als Versorgungsbezüge gelten ausschließlich (§ 229 SGB V)

- Pensionen
- Abgeordnetenversorgung
- Renten von Versorgungseinrichtungen bestimmter Berufe
- Altershilfe für Landwirte und
- Betriebsrenten

sofern diese Bezüge wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung gezahlt werden. Siehe auch Stichwort **Rentner.**

Werden Versorgungsbezüge als einmalige Leistung gezahlt, so wird zur Ermittlung des GKV-Beitrags für höchstens 10 Jahre der 120. Teil dieser Einmalzahlung als beitragspflichtiges Einkommen angerechnet.

Vertragsgrundlage

Neben den gesetzlichen Bestimmungen (z. B. Versicherungsvertragsgesetz und Bürgerliches Gesetzbuch) sind Vertragsgrundlage:

- Der Antrag auf Krankenversicherung
- Die allgemeinen Versicherungsbedingungen, bestehend aus
  - Teil I Musterbedingungen (MB/KK, MB/KT und MB/PPV, MB/EPV)
  - Teil II Tarifbedingungen (TB)
  - Teil III Tarif

  Die ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AwV)
- Besondere Vereinbarungen
- Versicherungsschein

Vorsorgeuntersuchungen

AXA leistet für alle Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. Im Einzelnen werden die Kosten folgender Untersuchungen erstattet:

- Diabetesvorsorge (ab Vollendung des 35. Lebensjahres)
- Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen (ab Vollendung des 35. Lebensjahres)
- Kindervorsorge (U1-U9 bis zum 6. Lebensjahr/U10 im 11. Lebensjahr)
- Jugendgesundheitsuntersuchung (im 14. Lebensjahr)
- Krebsvorsorge (für Frauen ab dem 20. Lebensjahr, für Männer ab dem 45. Lebensjahr)
- Mammographie-Screening (für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren)
- Früherkennung von Nierenkrankheiten (ab Vollendung des 35. Lebensjahres)
- Darmkrebsfrüherkennung (ab Vollendung des 50. Lebensjahres)
- Chlamydien-Screening (für Frauen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres)

Außer für die oben genannten Vorsorgeuntersuchungen leisten wir auch für

- Schwangerschaftsvorsorge
- Tbc-Vorsorge

Kosten für diese Vorsorgeuntersuchungen werden bei einigen Tarifen (auch in den Gruppen- und Mitarbeiter-Tarifen) ohne Anrechnung auf den vereinbarten Selbstbehalt erstattet.

Die bei den einzelnen Vorsorgeuntersuchungen genannten Altersgrenzen sind Empfehlungen. Sollte im Einzelfall eine der genannten Vorsorgeuntersuchungen vor den angegebenen Altersgrenzen durchgeführt werden, erstatten wir die Kosten ebenfalls tariflich.

Nicht versichert sind darüber hinausgehende Untersuchungen, z. B. im Rahmen eines großen Check-up, der üblicherweise in Spezialkliniken (z. B. Deutsche Klinik für Diagnostik) durchgeführt wird. Solche Untersuchungen dauern einen oder mehrere Tage und kosten meist 1.000 Euro oder mehr. Zahnvorsorgeuntersuchungen nach den Ziffern 1000, 1010 und 1020 der Gebührenordnung für Zahnärzte werden aus den Zahntarifen erstattet, sofern der Tarif Leistungen für Zahnbehandlungen/-vorsorge beinhaltet.

Die Kosten für einen AIDS-Test werden 1 x pro Kalenderjahr erstattet, sofern der Selbstbehalt überschritten ist.

Wartezeiten

Wartezeiten sind leistungsfreie Zeiten zu Beginn eines Vertrages.

In der privaten Krankenversicherung unterscheidet man drei Arten (§ 3 MB/KK, MB/KT, MB/PPV):

- Die **allgemeine Wartezeit**
  Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie gilt für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und für die Krankentagegeldversicherung.
- Die **besondere Wartezeit**
  Die besondere Wartezeit dauert 8 Monate. Sie gilt in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für Entbindung, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Psychotherapie. In der Krankentagegeldversicherung gilt sie für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Psychotherapie.
- Die **Wartezeit-Regelung für die Pflegepflichtversicherung**
  Die Wartezeit-Regelung ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Auf die speziellen Informationen zu dieser Versicherungsart wird verwiesen.

Die Besonderheiten bei AXA

Die AXA Krankenversicherung verzichtet – sofern der Tarif nicht anderes vorsieht – auf die Einhaltung der allgemeinen und besonderen Wartezeiten. In der Krankentagegeldversicherung verzichten wir auf die allgemeinen Wartezeiten, sofern der Versicherungsschutz eine ungekündigte Krankheitskostenvollversicherung (mit Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung) umfasst.
Folgende Tarife des Neugeschäfts sehen Wartezeiten vor: Komfort-U (8 Monate für Entbindungen) PVN, PVB, Krankentagegeld als Zusatzversicherung, DENT Komfort-U und DENT Premium-U (jeweils 6 Monate).

Wehrpflichtige

Wehrpflichtige, die Grundwehrdienst leisten, haben Anspruch auf Ersatz der Beiträge für eine Anwartschaftversicherung (§ 7 (2) 2 USG).
Für nicht sozialversicherungspflichtige Angehörige, die über kein eigenes Einkommen verfügen, werden die Beiträge für eine private Krankenversicherung ebenfalls von der Unterhaltssicherungsbehörde übernommen (§ 7 (2) 3 USG).

Diese Regelungen gelten nicht für Zeit- oder Berufssoldaten. Zeit- oder Berufssoldaten müssen die Beiträge für eine Anwartschaftversicherung selbst aufbringen.
Siehe auch Stichwörter **Bundeswehr** und **Zeitsoldaten.**

Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG)

Mit der Einführung des WSG ergeben sich einige Veränderungen, die auch Auswirkungen auf die PKV haben.

3-Jahres-Regelung (gültig nur bis 31.12.2010)
Seit dem 02.02.2007 gilt für Arbeitnehmer die 3-Jahres-Regelung. Versicherungsfrei werden Arbeitnehmer erst, wenn die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überschritten wird. Mit Ablauf des 3. Kalenderjahres endet dann die Versicherungspflicht.
Siehe auch Stichwort: **Jahresarbeitsentgeltgrenze** (JAEG).

Versicherungspflicht

- Seit **01.04.2007** gibt es die Versicherungs**pflicht** für alle Nichtversicherten, die zuvor in der **GKV** versichert waren oder dieser zuzuordnen sind.
- Seit 01.01.2009 besteht für alle Nichtversicherten, die der PKV zuzuordnen sind, eine Versicherungspflicht in einem Normaltarif oder im Basistarif.

Verträge von Personen, die zwischen dem 01.07.2007 und 31.12.2008 als Nichtversicherte in den Standardtarif aufgenommen wurden, wurden zum 01.01.2009 in den Basistarif überführt. Die Versicherungspflicht in der PKV umfasst die ambulante und stationäre Behandlung. Der maximal wählbare Selbstbehalt beträgt 5.000 EUR pro Jahr.
Für Kunden, die am 02.02.2007 bereits privat versichert waren und die zu diesem Zeitpunkt nur einen ambulanten oder stationären Tarif versichert hatten, gelten die Regelungen nicht. Siehe auch Stichwort **Basistarif.**

Widerrufsrecht

Der Versicherungsnehmer hat beim Antragsmodell ein 14-tägiges Widerrufsrecht ab Erhalt des Versicherungsscheines. Beim Invitatiomodell beträgt das Widerrufsrecht ebenfalls 14 Tage ab Posteingang der Angebotsannahme des Kunden bei uns.
Der Widerruf hat schriftlich zu erfolgen.

Wohnortklausel

Krankentagegeld kann während einer Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich nur dann gezahlt werden, wenn sich die versicherte Person an ihrem Wohnsitz in Deutschland oder zu einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus aufhält.

Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres Wohnsitzes arbeitsunfähig, so wird das Krankentagegeld auch gezahlt, solange eine Rückkehr aus medizinischen Gründen ausgeschlossen ist.
Hält sich die versicherte Person während der Arbeitsunfähigkeit an einem Nebenwohnsitz (Zweitwohnsitz) auf, muss der Leistungsbereich unter Vorlage eines Nachweises über das Bestehen des Nebenwohnsitzes informiert werden. Das muss spätestens dann geschehen, wenn der erste Nachweis über die Arbeitsunfähigkeit eingereicht wird. Siehe auch Stichwort **Auslandsschutz der AXA Krankenversicherung.**

Zahnärztliche Leistungen

Als **zahnärztliche Leistungen** gelten alle in der Gebührenordnung (GOZ) für Zahnärzte erfassten Leistungen, und zwar

- allgemeine zahnärztliche Leistungen
- prophylaktische Leistungen
- konservierende Leistungen
- chirurgische Leistungen
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- prothetische Leistungen
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- implantologische Leistungen

Als **Zahnersatz** im Sinne des Versicherungsschutzes gelten

- prothetische Leistungen, z. B. Kronen und Teilkronen – auch wenn es sich um die Versorgung eines Einzelzahnes handelt –, Brücken, Prothesen
- implantologische Leistungen
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Als **kieferorthopädische Leistungen** im Sinne des Versicherungsschutzes gelten

- die Leistungen nach Abschnitt G der GOZ, z. B. Maßnahmen zur Umformung des Kiefers

Als **Zahnbehandlung** im Sinne des Versicherungsschutzes gelten

- alle nicht unter die Bereiche Zahnersatz und Kieferorthopädie fallenden Leistungen, wie z. B. Füllungen einschließlich Inlays, Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen, Zahnprophylaxe.

Ausnahme: In den Tarifen EG035-U und Premium-U werden Inlays dem Zahnersatz zugeordnet, sofern sie als Leistungselement aufgeführt werden.

Insbesondere höhere Zahnarztrechnungen sollte der VN vor der Bezahlung von uns prüfen lassen.

Bei Zahnersatzmaßnahmen ist es dringend zu empfehlen, dass der VN uns vor Beginn der Behandlung den Heil- und Kostenplan (inkl. einer Aufstellung über die voraussichtlichen Zahnlaborkosten) zur Prüfung einreicht. In einigen Tarifen (z. B. Komfort Zahn-U, Kompakt Zahn-U und Premium-U) reduziert sich die Tarifleistung, wenn uns der Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig eingereicht worden ist.
Siehe hierzu auch Stichwort **Heil- und Kostenplan.**

Zahnlaborkosten

Zahntechnische Labors rechnen ihre Kosten nach unterschiedlichen Grundlagen ab. Neben der BEB (Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen) ist das im Wesentlichen das BEL (Bundeseinheitliches Verzeichnis zahntechnischer Leistungen), nach dem die Material- und Laborkosten für gesetzlich versicherte Patienten berechnet werden müssen.

Die jeweils angewandte Berechnungsbasis ist Gegenstand des Angebotes und der Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt – als Auftraggeber – und dem Labor – als Auftragnehmer.

Die Material- und Laborkosten sind Gegenstand des Behandlungsvertrages zwischen dem Patienten und dem Zahnarzt. Welche Leistungen aus dem Versicherungsvertrag heraus erstattet werden, ist davon unabhängig.

Wir erstatten Material- und Laborkosten grundsätzlich nach den Sätzen der für den jeweiligen Tarif gültigen Sachkostenliste. Kosten, die über die Sätze der Sachkostenliste hinausgehen, werden nicht erstattet; in diesem Umfang hat der Versicherte die Kosten selbst zu tragen. Die entsprechende Liste erhält der Kunde zusammen mit der Police. Zur Klärung des Umfangs der Versicherungsleistungen empfehlen wir

dringend, vor Behandlungsbeginn neben einem Heil- und Kostenplan des Zahnarztes der AXA Krankenversicherung auch einen Kostenvoranschlag des zahntechnischen Labors über die Material- und Laborkosten zu schicken. Wir sagen dem Kunden dann, welche Leistungen er erwarten kann und wie hoch ggf. sein Eigenanteil ist. Die Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen/Kostenvoranschlägen werden im Rahmen des Tarifs übernommen.

Zahnstaffel

Die Zahnstaffel bedeutet, dass die Leistungen für Zahnbehandlung (je nach Tarif), Zahnersatz und Kieferorthopädie während der ersten vier bzw. fünf Versicherungsjahre begrenzt sind. Das Versicherungsjahr ist grundsätzlich mit dem Kalenderjahr gleichzusetzen und endet mit dem 31.12., auch dann, wenn ein Vertrag unterjährig begonnen hat.
Auch für dieses verkürzte erste Versicherungsjahr gilt die Zahnstaffel. Rechnungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie im Zusammenhang mit einem Unfall sind von der Zahnstaffel ausgenommen. Trotz Zahnstaffel wird auch im Zahnbereich eine Risikoprüfung vorgenommen, so dass (bei sehr schlechtem Gebisszustand) individuell strengere Leistungseinschränkungen möglich sind.

Zeitsoldaten

Soldatinnen und Soldaten auf Zeit sind während ihrer Dienstzeit bei der Bundeswehr nicht krankenversicherungspflichtig. Sie erhalten durch den Dienstherrn unentgeltliche truppenärztliche Versorgung. Diese schließt grundsätzlich alle Leistungen ein, die zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Dienstfähigkeit erforderlich sind.
Mit dem Ausscheiden aus der Bundeswehr endet die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung.
Für diesen Zeitpunkt muss entsprechend Vorsorge getroffen werden.
Wer bei Eintritt in die Bundeswehr Mitglied der GKV ist, kann für die Zeit in der Bundeswehr das Versicherungsverhältnis als freiwilliges Mitglied fortsetzen.
Soldaten, die eine Dienstzeit von vier und mehr Jahren ableisten und nach Dienstzeitende durch den Bezug von Übergangsgebührnissen Anspruch auf Beihilfe haben, müssen das verbleibende Risiko privat absichern.

Für die Dauer des Bezugs der Übergangsgebührnisse beträgt der Bemessungssatz bei Krankheit im Regelfall:
- für beihilfeberechtigte ehemalige Zeitsoldaten und deren Ehepartner 70 %
- für berücksichtigungsfähige Kinder 80 %

der beihilfefähigen Aufwendungen.

Die Pflegeversicherung muss durch die Soldaten selber abgeschlossen werden (Tarif PVB).

Entsprechend der familiären Umstände ist daher der Abschluss der Pflegeversicherung in Verbindung mit einer Anwartschaftsversicherung notwendig, um so einen nahtlosen Versicherungsschutz für den Zeitpunkt nach dem Bezug der Übergangsgebührnisse zu gewährleisten.

Zusatzbeitrag der GKV

Siehe Stichwort **Beitragsberechnung der GKV.**

		Seite
Eintrittsalter/Höchstaufnahmealter		290
Anwartschaftsversicherung		290
Ausbildungsbeiträge		290
Ärztliches/Zahnärztliches Zeugnis	Ärztliches/zahnärztliches Zeugnis Besonderheiten Ärzte/Zahnärzte	290
Vorübergehender Auslandsaufenthalt	Geplanter Auslandsaufenthalt bei Antragstellung Auslandsvereinbarung/-zuschläge Besonderheiten ÖD Ausland	291
Nicht versicherbarer Personenkreis		292
Vollversicherung	Vollversicherungsmöglichkeiten für Deutsche und Ausländer, jeweils mit Aufenthalt in Deutschland Besonderheiten in der Privatwirtschaft Besonderheiten im Öffentlichen Dienst Tarifbesonderheiten – Tarif VisionB – Tarifgruppe B – Basistarif – Standardtarif	286 295 295 291 292
Zusatzversicherung	Mindestbeitrag Tarifbesonderheiten – Tarif Komfort	296
Pflegezusatzversicherung	Mindestbeitrag Mindest- und Höchstpflegemonatsgeld sowie Verkaufsstufen	296
Krankentagegeldversicherung	Mindestbeitrag Mindesthöhe und Verkaufsstufen Maximal versicherbares Krankentagegeld – Privat krankenversicherte Arbeitnehmer – Gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer – Selbstständige, Freiberufler, Gewerbetreibende, Land-/Forstwirte Tarifbesonderheiten – Maximal versicherbares Krankentagegeld nach Tarifen und Berufsgruppen Besonderheiten Öffentlicher Dienst Besonderheiten Gerichtsvollzieher	298 296 296 297 298 298 299
Krankenhaustagegeldversicherung	Mindestbeitrag Mindesthöhe und Verkaufsstufen Maximal versicherbares Krankenhaustagegeld Besonderheiten Öffentlicher Dienst	299
Kurkostenversicherung	Mindestbeitrag Mindesthöhe und Verkaufsstufen Maximal versicherbare Stufen	299
Basistarif	Beitragsgrundsätze Versicherbarer Personenkreis	299
Standardtarif	Versicherbarer Personenkreis	300

Eintrittsalter/Höchstaufnahmealter

Das Eintrittsalter wird nach der Formel:
Beginnjahr ./. Geburtsjahr berechnet – unabhängig vom Beginnmonat oder Geburtsmonat.

Beispiel:
Beginnjahr 2013 ./. Geburtsjahr 1979
= Eintrittsalter 34 Jahre

Nach Vollendung des 15. Lebensjahres werden die Kinderbeiträge in Jugendlichenbeiträge und nach Vollendung des 20. Lebensjahres die Jugendlichenbeiträge in Erwachsenenbeiträge umgestellt. Die Umstellung erfolgt zum 1. des Folgemonats (§ 8 Nr. 47 MB/KK, TB 2012). Eine Beitragsänderung allein aufgrund des Alters erfolgt danach nicht mehr (§ 8 MB/KK) – Ausnahme: DENT-Tarife.

Für die Festlegung des Höchstaufnahmealters gilt grundsätzlich die gleiche Berechnungsformel.

Tarife	Höchstaufnahmealter
BEA-U	61 Jahre
Krankentagegeldtarife	65 Jahre

Ausnahme: Ausbildungsbeiträge können nur bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres (= 34. Geburtstag) gewährt werden (siehe auch unten „Ausbildungsbeiträge“). Daher ist auch nur eine Annahme bis zu diesem Termin möglich.

Beispiel:

Beginn: 1.7.2013 Geburtsdatum: 5.9.1979	Beginn: 1.7.2013 Geburtsdatum 5.4.1979
Annahme zu Ausbildungskonditionen möglich, da der Kunde das 34. Lebensjahr erst im September vollendet	Annahme zu Ausbildungskonditionen nicht möglich, da das 34. Lebensjahr bereits im April vollendet wurde.

Anwartschaftsversicherungen

Anwartschaftsversicherungen ab Versicherungsbeginn sind nur zulässig zum Erwerb und der Wahrung von Rechten

- nach Wegfall/Ende des Anspruchs auf Heilfürsorge (z. B. Soldaten auf Zeit, Berufssoldaten, Polizeivollzugsbeamte)
- nach einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt mit dem Ende einer Versetzung/Delegierung ins Ausland
- nach Ende einer GKV-Pflichtversicherung/-Familienversicherung und dem (vollen) Anspruch auf Beihilfe als berücksichtigungsfähiger Ehegatte/eingetragener Lebenspartner.

Ausbildungsbeiträge

Sofern die Tarifblätter dies vorsehen (vgl. Abschnitt „Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung), können folgenden Personen die Tarife zum Ausbildungsbeitrag gewährt werden:

- Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden
- Studenten
- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst (d. h. Anwärtern, Referendaren)
- Ehegatten/eingetragenen Lebenspartnern der zuvor genannten Personen, solange sie selbst ohne eigene Einkünfte bzw. selbst nicht berufstätig sind
- Studenten, die zu den berücksichtigungsfähigen Kindern eines Beamten zählen

Die Ausbildungsbeiträge entfallen mit Ablauf des Monats, in dem

- die Schul- oder Berufsausbildung endet,
- die Schul-/Berufsausbildung aufgegeben,
- für mehr als 6 Monate unterbrochen wird
- oder das 34. Lebensjahr vollendet wird.

Die Tarife zum Ausbildungsbeitrag sind in der Tarifbezeichnung durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.
In den Ausbildungsbeiträgen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.

Bitte beachten Sie für Beamte jeweils die interne Verkaufsunterlage „Werdegang eines Lehramtsanwärters (LAA) und unsere Tarifangebote“ (Bestellnr. 21008666).

Ärztliches/zahnärztliches Zeugnis

In bestimmten Fällen ist die Vorlage eines ärztlichen/zahnärztlichen Zeugnisses erforderlich. Dieses muss von einem in Deutschland praktizierenden Arzt/Zahnarzt ausgestellt werden. Hierbei ist unser aktuelles Formular zu verwenden und es müssen alle Fragen beantwortet sein.

Die Kosten für das ärztliche/zahnärztliche Zeugnis gehen zu Lasten des Antragstellers. Die Zeugnisse sind spätestens 3 Wochen nach Antragstellung vorzulegen und dürfen nicht älter als 3 Wochen sein.

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass im ärztlichen Zeugnis auch Blutwerte anzugeben sind.

Die Vorlage bei Antragstellung ist in folgenden Fällen erforderlich:

	Vollversicherung	Zusatzversicherung
Ärztliches Zeugnis	Ab Eintrittsalter 55 Jahre oder höher (Beginnjahr ./. Geburtsjahr)	
	Wenn innerhalb der letzten 12 Monate der Vorversicherungszeit nicht mindestens 6 Monate eine deutsche Vorversicherung bestanden hat	–
Zahnärztliches Zeugnis (nur für Tarife mit Zahnleistungen)	Ab Eintrittsalter 55 Jahre oder höher (Beginnjahr ./. Geburtsjahr)	
	Wenn innerhalb der letzten 12 Monate der Vorversicherungszeit nicht mindestens 6 Monate eine deutsche Vorversicherung bestanden hat	–
	Bei nachträglichem Abschluss eines Zahntarifs zu einem bestehenden Vertrag	–
Ärztliches Zeugnis zur Pflegeergänzungsversicherung	Sofern am Tage der Antragstellung das 66. Lebensjahr vollendet ist (taggenau)	

Besonderheiten Ärzte/Zahnärzte
Bei Versicherungen für Ärzte oder Zahnärzte, sowie für deren Familienangehörige, soweit sie mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben und das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist kein ärztliches/zahnärztliches Zeugnis erforderlich. Ausnahme: Für Pflegeergänzungsversicherungen ab Vollendung des 66. Lebensjahres (taggenau) ist das ärztliche Zeugnis auf jeden Fall vorzulegen.

Vorübergehender Auslandsaufenthalt

Geplanter Auslandsaufenthalt bei Antragstellung
Neugeschäft zum Zwecke des Versicherungsschutzes für einen vorübergehenden oder dauerhaften Aufenthalt im Ausland (Europa und außereuropäische Länder) ist unerwünscht. Das Gleiche gilt für Anträge von EU-Beamten, die zuvor in Deutschland in der privaten Wirtschaft gearbeitet haben.

Auslandsvereinbarung/-zuschläge
Für alle Länder ist mit dem VN eine besondere Vereinbarung zu treffen, wenn der Auslandsaufenthalt über 6 Monate andauert. Die Vereinbarung wird für jeweils 36 Monate getroffen und gilt ab dem siebten Monat des Aufenthaltes. Eine Verlängerung muss vor Ablauf der insgesamt 42 Monate erneut vom VN beantragt werden.

Bei einigen Ländern wird in diesem Fall ein Auslandszuschlag erhoben. Dieser Zuschlag kann auch im Rahmen einer Verlängerung der Auslandsvereinbarung geändert werden.

Besonderheiten Öffentlicher Dienst (ÖD) Ausland
Auch bei Beamten ist das Neugeschäft zum Zwecke des Versicherungsschutzes für einen vorübergehenden oder dauerhaften Aufenthalt im Ausland (Europa und außereuropäische Länder) unerwünscht. Ausnahmen von dieser Regelung sind Anträge:

1. von deutschen Diplomaten,
2. von Familienangehörigen von Kunden mit Krankheitskostenvollversicherungen, die ins Ausland versetzt werden,
3. von Familienangehörigen von Soldaten, für die bei uns eine Anwartschaftsversicherung besteht.

Für die unter 1. bis 3. genannten Personen wird **kein Zuschlag** erhoben, wenn diese Soldaten/Diplomaten/Beamten im Rahmen ihrer Tätigkeit ins Ausland versetzt/delegiert wurden. Dies gilt sowohl für die delegierte Person selbst als auch für dessen Familienangehörige. Andernfalls gilt ein Zuschlag von 20% ab dem 7. Monat (DBV-Tarife) für die in den Richtlinien für Ausland genannten Zuschlags-Länder.

Die Entscheidung, wie **Bundeswehreinsätze im Ausland** im Sinne der Krankenversicherung zu werten sind, entscheidet der Vorstand der Krankenversicherung. Daher sind derartige Anfragen an Geschäfts- und Produktpolitik (KVGP-PR) in Köln zu richten. Dort wird dann ggf. eine Information je Bundeswehr-Auslandseinsatz herausgeben.

Nicht versicherbarer Personenkreis

Die folgenden Personen sind in den jeweiligen Tarifgruppen generell nicht versicherbar:

	Vollkostenvers. inkl. Pflegepflicht	Zusatzkostenvers. ohne Pflegezusatz	Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldvers.	Pflegezusatz-versicherung
Ambulantes Gewerbe	X	X	X	
Arbeitslose	X		Nur KT	
Artisten	X	X	X	X
Asylbewerber	X	X	X	X
Au-pair	X	X	X	X
Ausbeiner/Lohnschlächter	X	X	X	
Barmänner/Barfrauen	X	X	X	
Bauhilfsgewerbe (Bautransporte, Baureinigung, Bauentsorgung, Bauhelfer)	X	X	X	X
Baumonteure	X	X	X	X
Baunebengewerbe	X	X	X	
Bautenisolierer	X	X	X	
Berufssportler	X	X	X	
Berufstaucher	X	X	X	X
Binnenschiffer, die nicht ausschließlich in deutschen Gewässern unterwegs sind	X	X	X	
Bodenleger	X	X	X	
Bombenentschärfer	X	X	X	X
Bundesfreiwilligendienst-Ableister	X		X	
Detektive	X	X	X	
Erntehelfer	X	X	X	X
Fahrradkuriere		X	X	X
Fassadenkletterer und ähnliche Berufe/Tätigkeiten	X	X	X	X
Fliesenleger	X	X	X	
Fotomodelle	X	X	X	
Freiwillig Wehrdienstleistende	X	X	X	
Fuger	X	X	X	
Gastwirte	X	X	X	
Gipser	X	X	X	
Gebäudereiniger	X	X	X	
Hausfrauen/Hausmänner	Unter bestimmten Voraussetzungen		Nur KT	
Heimarbeiter	X	X	X	
Hotelbesitzer/Hoteliers	X	X	X	
Imbissbesitzer	X	X	X	
Industriekletterer	X	X	X	X
Kinder alleine (bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres)	X			
Kioskbesitzer	X	X	X	
Köche – nur selbstständige	X	X	X	
Kolonnenwerber	X	X	X	
Selbstständige Kraftfahrzeugführer (z. B. Taxi-, Bus-, LKW-, Kurierfahrer)	X	X	X	X
Maler	X	X	X	
Montagedienstleister	X	X	X	
Mosaikleger	X	X	X	
Musicaldarsteller	X	X	X	
Nicht-EU-Bürger ohne mind. 12 Monate gültige Aufenthaltsgenehmigung	X		Nur KT	
Personenschützer und ähnliche Berufe, wenn sie eine Waffe tragen (ausgenommen Beamte)	X	X	X	X
Plattenleger	X	X	X	
Propagandisten	X	X	X	

	Vollkostenvers. inkl. Pflegepflicht	Zusatzkostenvers. ohne Pflegezusatz	Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldvers.	Pflegezusatz-versicherung
Prostituierte	X	X	X	X
Pyrotechniker	X	X	X	X
Rennfahrer	X	X	X	
Saisonarbeiter	X	X	X	X
Schausteller	X	X	X	
Schrotthändler	X	X	X	
Seeleute	X	X	X	X
Sprengmeister	X	X	X	X
Stuntmen/Stuntwomen	X	X	X	X
Stukateure	X	X	X	
Tagesmütter/Tagesväter	X	X	X	
Tänzer	X	X	X	
Tapezierer	X	X	X	
Trockenbauer, Trockenmonteure	X	X	X	X
Umschüler	X		X	
Verputzer	X	X	X	
Wachleute, wenn er/sie eine Waffe tragen	X	X	X	X
Zeitungswerber	X	X	X	

Für Optionstarife gelten dieselben Regelungen wie für Vollkostenversicherungen.

Vollversicherung

Siehe zunächst Tabelle „Generell nicht versicherter Personenkreis“

Vollversicherungsmöglichkeiten für Deutsche und Ausländer, jeweils mit Aufenthalt in Deutschland

	Hauptwohnsitz in Deutschland	Deutsche Vorversicherung in den letzten 12 Monaten	Staatsbürgerschaft	Mögliche Vollversicherung	Unterlagen
Arbeitnehmer sowie angestellte/selbstständige Ärzte	ja	0 – 5 Monate	D/EU/EWR	Voll-KV + GRG + Pflege	Antrag, ärztliches Zeugnis, zahnärztliches Zeugnis Für Junge EU-Länder zusätzlich: Meldebestätigung/ Gewerbeanmeldung
			Nicht EU/EWR, mit befristeter Aufenthaltserlaubnis bis 5 Jahre	ARL-Tarife oder Voll-KV + GRG + Pflege	Antrag, ärztliches Zeugnis, zahnärztliches Zeugnis, Kopie des Aufenthaltstitels, der mindestens noch 12 Monate ab Versicherungsbeginn Gültigkeit hat
			Nicht EU/EWR mit Aufenthaltserlaubnis über mehr als 5 Jahre	Voll-KV + GRG + Pflege	Antrag, ärztliches Zeugnis, zahnärztliches Zeugnis, Kopie des Aufenthaltstitels, der mindestens noch 12 Monate ab Versicherungsbeginn Gültigkeit hat
		6 – 12 Monate	D/EU/EWR	Voll-KV + GRG + Pflege	Antrag Für Junge EU-Länder zusätzlich: Meldebestätigung/ Gewerbeanmeldung
			Nicht EU/EWR, mit befristeter Aufenthaltserlaubnis bis 5 Jahre	ARL-Tarife oder Voll-KV + GRG + Pflege	Antrag Kopie des Aufenthaltstitels, der mindestens noch 12 Monate ab Versicherungsbeginn Gültigkeit hat
			Nicht EU/EWR mit Aufenthaltserlaubnis über mehr als 5 Jahre	Voll-KV + GRG + Pflege	Antrag Kopie des Aufenthaltstitels, der mindestens noch 12 Monate ab Versicherungsbeginn Gültigkeit hat
	nein	–	–	keine Versicherung möglich	
Selbstständige, Freiberufler (außer Ärzte) oder Nicht-Erwerbstätige	ja	0 – 5 Monate	D/EU/EWR	keine Versicherung möglich	
			Nicht EU/EWR, mit befristeter Aufenthaltserlaubnis bis 5 Jahre	ARL-Tarife	Antrag, ärztliches Zeugnis, zahnärztliches Zeugnis, Kopie des Aufenthaltstitels, der mindestens noch 12 Monate ab Versicherungsbeginn Gültigkeit hat
			Nicht EU/EWR mit Aufenthaltserlaubnis über mehr als 5 Jahre	keine Versicherung möglich	
		6 – 11 Monate	D/EU/EWR	keine Versicherung möglich	
			Nicht EU/EWR, mit befristeter Aufenthaltserlaubnis bis 5 Jahre	ARL-Tarife	Antrag Kopie des Aufenthaltstitels, der mindestens noch 12 Monate ab Versicherungsbeginn Gültigkeit hat
			Nicht EU/EWR mit Aufenthaltserlaubnis über mehr als 5 Jahre	keine Versicherung möglich	
		12 Monate ohne Unterbrechung	D/EU/EWR	Voll-KV + GRG + Pflege	Antrag Für Junge EU-Länder zusätzlich: Meldebestätigung/Gewerbeanmeldung
			Nicht EU/EWR, mit befristeter Aufenthaltserlaubnis bis 5 Jahre	ARL-Tarife oder Voll-KV + GRG + Pflege	Antrag Kopie des Aufenthaltstitels, der mindestens noch 12 Monate ab Versicherungsbeginn Gültigkeit hat
			Nicht EU/EWR mit Aufenthaltserlaubnis über mehr als 5 Jahre	Voll-KV + GRG + Pflege	Antrag Kopie des Aufenthaltstitels, der mindestens noch 12 Monate ab Versicherungsbeginn Gültigkeit hat
	nein	–	–	keine Versicherung möglich	

EU-/EWR-Länder (ohne junge EU-Länder)

- Belgien
- Dänemark
- Finnland
- Frankreich
- Griechenland
- Großbritannien
- Italien
- Irland
- Island
- Liechtenstein
- Luxemburg
- Niederlande
- Norwegen
- Österreich
- Portugal
- Schweden
- Spanien

Junge EU-Länder nach folgender Auflistung

- Bulgarien
- Estland
- Lettland
- Litauen
- Malta
- Polen
- Rumänien
- Slowakei
- Slowenien
- Tschechische Republik
- Ungarn
- Zypern (griechischer Teil)

Hinweise zur Versicherung von Ausländern:
Auslandsreisekrankenversicherungen zählen in diesem Sinne nicht als deutsche Vorversicherung. Es können lediglich Vollversicherungen – GKV oder PKV – anerkannt werden. Ausnahme: Die Tarife ARE, ARE-A und UC gelten als Vorversicherung, sofern innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 6 Monate eine Vorversicherung im Rahmen dieser Tarife bestanden hat. In diesem Fall immer Nachfrage beim Team BKV-SG wegen evtl. erbrachter Leistungen.

Besonderheiten in der Privatwirtschaft
Kinder, Hausfrauen/Hausmänner, Schüler und Studenten können als VP in gleichartigen Tarifen wie der VN mitversichert werden, sofern der VN die Annahmekriterien erfüllt.

Hausfrauen/-männer sind alleine versicherbar, wenn der Ehepartner nachweislich privat versichert ist und nicht zu uns wechseln kann
oder
wenn nachweislich Einkünfte bezogen werden (gilt für alleinstehende Hausfrauen/-männer, Witwen/r, Rentner, Privatiers).
Die Hausfrau/der Hausmann kann in diesen beiden Fällen Versicherungsnehmer und Beitragszahler sein.

Besondere Berufsgruppen
Bei:
- Gärtnern
- Künstlern (außer Artisten = Ablehnung)
- Landwirten
- Publizisten
- Weinbauern/Winzern

benötigen wir nach Deckungszusage einen Befreiungsnachweis von der Versicherungspflicht (Versicherbarkeit siehe Stichwortverzeichnis).

Besonderheiten im Öffentlichen Dienst (ÖD)
Hinweise für die Antragsaufnahme
Zur Prüfung, ob der beantragte Versicherungsschutz dem Bedarf der Kunden aus dem Öffentlichen Dienst/Sektor entspricht, werden die wesentlichen Daten hierfür zusammen mit jedem Vollversicherungsantrag über eine Zusatzerklärung für Personen im öffentlichen Dienst (Beamte und Arbeitnehmer) und deren beihilfeberechtigten Angehörigen abgefragt (vgl. Musterantrag). Daher ist diese Zusatzerklärung immer auszufüllen, wenn es sich um einen Antrag von einem Beamten, Richter oder Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst/Sektor und/oder deren Familienangehörige handelt. Außerdem dienen diese Daten als Basis für künftige Bestandsaktionen wegen Änderung der Beihilfeverordnungen, die Auswirkungen auf die bestehenden Verträge/Leistungsansprüche haben.

Die versicherbaren Personen können sich nur in den Tarifen versichern, deren Erstattungsleistungen zusammen mit den Beihilfeansprüchen in der Regel 100 % der Aufwendungen nicht unter- bzw. überschreiten.

Innerhalb einer Familie und bei Nachversicherungen können unterschiedliche Tarifgruppen/-systeme nebeneinander bestehen.

Umstellungs-Service
Antragsteller mit Beihilfeanspruch sollten grundsätzlich am Umstellungs-Service teilnehmen. Die Frage in den Vollversicherungsanträgen zur Teilnahme am Umstellungs-Service ist somit immer mit „ja“ anzukreuzen. Bei Änderungen der Beihilfeverordnungen wird dann im Rahmen einer Bestandsaktion ein Vorschlag erstellt.

Besonderheiten für Hausfrauen, Kinder und Jugendliche im Öffentlichen Dienst (ÖD)
Abweichend von der allgemeinen Regelung sind **Hausfrauen/-männer** auch allein versicherbar, wenn sie dem Grunde nach einen Beihilfeanspruch über ihren Ehepartner haben (d. h. als berücksichtigungsfähiger Ehegatte/eingetragener Lebenspartner zählen, auch wenn die Einkunftsgrenze zurzeit überschritten sein sollte) und dies aus der Zusatzerklärung für Personen im Öffentlichen Dienst (Beamte und Arbeitnehmer) und deren beihilfeberechtigten Angehörigen zum Antrag (vgl. Punkt „Hinweise für die Antragsaufnahme“) hervorgeht.

Jugendliche sind allein in der Vollversicherung versicherbar ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern diese in einem Ausbildungsverhältnis, z. B. Polizeianwärter, stehen. Diese Jugendlichen können dann auch die VN-Eigenschaft übernehmen.

Kindern mit Anspruch auf Beihilfe kann der Versicherungsschutz mit Leistungsanspruch gewährt werden, auch wenn für das versicherte Elternteil eine Anwartschaftsversicherung, z. B. wegen Anspruch auf Heilfürsorge, besteht.

Tarifbesonderheiten
Tarife Vision B-U inkl. BN-U
Nicht versicherungsfähig in den Tarifen Vision B-U inkl. BN-U sind Empfänger von Übergangsgebührnissen sowie deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige.

Die Tarife Vision B-U inkl. BN-U können als kleine oder große Anwartschaftsversicherung geführt werden.

Bei Abschluss der Tarife Vision B-U mit/ohne BN3/1-U, BN3/2-U, BN4-U ist immer die Zusatzerklärung für Personen im öffentlichen Dienst (Beamte und Arbeitnehmer) und deren beihilfeberechtigte Angehörige, die Bestandteil der Vollversicherungsanträge ist (vgl. Musterantrag), ergänzt und unterschrieben vorzulegen.

In den Tarifen Vision B-U inkl. BN-U mit einem 20 %-igen Erstattungssatz sind ausschließlich Kinder und Jugendliche, auch während ihrer Ausbildung, und Studenten versicherbar, wenn ein Elternteil für sie Anspruch auf Beihilfe hat.

Die Tarife BN3/1-U, BN3/2-U und BN4-U können nur zusammen mit dem Tarif Vision B-U versichert werden.

Die Tarife Vision B-U dürfen nicht in Kombination mit den Tarifen BN1/1-U, BN1/2-U, BN2-U abgeschlossen werden.

Die Erstattungssätze der Tarife BN3/1-U, BN3/2-U bzw. BN4-U entsprechen immer denen des Tarifs Vision B-U.

Tarifgruppe B-U
Die Tarife der Tarifgruppe B-U können als kleine oder große Anwartschaftsversicherung geführt werden.

Die Tarife BN1/1-U, BN1/2-U und BN2-U können nur zusammen mit den Tarifen der Tarifgruppe B-U versichert werden.

Der Tarif BZ-U kann nur zusammen mit Tarif BS-U versichert werden und darf keinen höheren Erstattungssatz als Tarif BS-U vorsehen.

Neben dem Tarif BN1/1-U, BN1/2-U bzw. BN2-U kann der Tarif KUR-U mit bis zu 215 Stufen abgeschlossen werden.

Die Tarife der Tarifgruppe B-U dürfen nicht in Kombination mit den Tarifen BN3-U, BN4-U abgeschlossen werden.

Die Erstattungssätze der Tarife BN1/1-U, BN1/2-U bzw. BN2-U entsprechen immer denen des Tarifs BS-U.

Die Tarife BW2-U, BWE-U sind in die Tarife BW2-UZ, BWE-UZ (Zusatzversicherungstarife) umzustellen, wenn die stationären Regelleistungstarife beendet oder in Anwartschaftsversicherung geführt werden.

Zusatzversicherung

Siehe zunächst Tabelle „Generell nicht versicherter Personenkreis“

Mindestbeitrag
Der Mindestbeitrag für einen Krankenversicherungsvertrag beträgt 5 Euro.

Tarifbesonderheiten
Tarif KOMFORT-U
Nicht versicherungsfähig in dem Tarif KOMFORT-U sind Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.

Pflegezusatzversicherung

Siehe zunächst Tabelle „Generell nicht versicherter Personenkreis“

Es besteht Annahmefähigkeit, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung eine deutsche Pflegepflichtversicherung besteht! Für die Pflegezusatztarife gibt es ein eigenes Antragsformular mit vereinfachten Gesundheitsfragen.

Mindestbeitrag
Der Mindestbeitrag für einen Krankenversicherungsvertrag oder Pflegeergänzungsvertrag beträgt 5 Euro (ggf. Zahlweise ändern).

Mindest- und Höchstpflegemonatsgeld

Pflegevorsorge Flex1-U	min. 100 EUR	max. 2.250 EUR
Pflegevorsorge Flex2-U, Flex3-U	min. 100 EUR	max. 4.500 EUR
Pflegevorsorge Akut-U	–	–

Verkaufsstufen

Pflegevorsorge FLEX-U	10 EUR
Pflegevorsorge Akut-U	–

Krankentagegeldversicherung

Siehe zunächst Tabelle „Generell nicht versicherter Personenkreis“

Personen, die in Deutschland keine Einkommensteuererklärung abgeben, können ebenfalls nicht versichert werden.

Mindestbeitrag
Der Mindestbeitrag für einen Krankenversicherungsvertrag beträgt 5 Euro.

Mindesthöhe und Verkaufsstufen
Die Mindesthöhe für das versicherte Krankentagegeld beträgt 10 Euro. Das Krankentagegeld kann in Stufen von 1 Euro gewählt werden.

Maximal versicherbares Krankentagegeld (KT)
Die Verdienstausfallversicherung dient der Absicherung des Nettoeinkommens im Krankheitsfall. Das versicherte KT darf deshalb diese Grenze nicht überschreiten. Mit den nachfolgenden Berechnungsformeln ist jedoch im Regelfall eine Absicherung in ausreichender Höhe möglich.

Privat krankenversicherte Arbeitnehmer

Versicherbar ist das Jahresnettoeinkommen zuzüglich dem vollen KV-Beitrag, dem vollen PPV-Beitrag und dem vollen gesetzlichen Rentenversicherungsbeitrag. Beispiel:

Bruttoeinkommen	5.000,00 EUR
– Steuern	1.750,00 EUR
– Beitrag RV (9,45 %)*	472,50 EUR
– KV	250,00 EUR
– Beitrag ALV (1,5 %)*	75,00 EUR
– PPV	11,00 EUR
= Nettoeinkommen	2.441,50 EUR
+ voller Beitrag zur RV (18,9 %)*	945,00 EUR
+ voller Beitrag KV	500,00 EUR
+ voller Beitrag PPV	22,00 EUR
= versicherbares Einkommen	3.908,50 EUR
: 30 Tage =	130,28 EUR

* Diese Berechnung dient lediglich als Beispiel. Bitte die aktuellen Werte berücksichtigen.

Falls die o. g. Daten zur Berechnung nicht vorliegen, gelten 80 % des regelmäßigen Bruttoeinkommens als versicherbar. Dazu zählen alle regelmäßigen Einkünfte (mtl. Gehalt, Urlaubs-/Weihnachtsgeld etc.).

Berechnungsformel:

$$\frac{\text{Jahresbruttoeinkommen} \times 80\,\%}{365} = \text{max. KT}$$

Unregelmäßige Zahlungen (z. B. Überstunden, Sonderprämien etc.) können nicht berücksichtigt werden.

Gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer
Der Krankengeldanspruch von Arbeitnehmern nach dem 42. Tag bei der GKV beträgt 70 % des Bruttoeinkommens (bis zur Beitragsbemessungsgrenze), jedoch nicht mehr als 90 % des Nettoeinkommens.
Der Arbeitnehmeranteil für Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung wird von der Krankenkasse abgezogen und direkt an die Sozialversicherungsträger abgeführt.
Den Arbeitgeberanteil für Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung zahlt die Kasse zusätzlich direkt an den Sozialversicherungsträger.
Die Krankenversicherung ist während des Bezugs von Krankengeld beitragsfrei.
Der Absicherungsbedarf ergibt sich aus der Differenz zwischen Nettoeinkommen und tatsächlich ausgezahltem Krankengeld der Kasse.

Nettoeinkommen	2.000,00 EUR
Krankengeld der GKV (90 % vom Netto)	1.800,00 EUR
– Arbeitnehmeranteil RV (9,45 %)*	170,10 EUR
– AN-Anteil AV (1,5 %)*	75,00 EUR
– AN-Anteil PPV (1,025 %)*	18,45 EUR
= Tatsächlich ausgezahltes Krankengeld	1.584,45 EUR
Absicherungslücke pro Monat	415,55 EUR
: 30 Tage =	13,85 EUR

* Diese Berechnung dient lediglich als Beispiel. Bitte die aktuellen Werte berücksichtigen.

Absicherungslücke für Arbeitnehmer je nach Einkommen

bis monatl. Nettoeinkommen (EUR)	Empfohlenes Krankentagegeld	bis monatl. Nettoeinkommen (EUR)	Empfohlenes Krankentagegeld
1.442	KT-Absicherung unter 10 EUR nicht möglich	3.716	42
		3.746	43
1.587	10	3.776	44
1.731	11	3.806	45
1.876	12	3.836	46
2.020	13	3.866	47
2.164	14	3.896	48
2.309	15	3.926	49
2.453	16	3.956	50
2.598	17	3.986	51
2.742	18	4.016	52
2.886	19	4.046	53
3.031	20	4.076	54
3.086	21	4.106	55
3.116	22	4.136	56
3.146	23	4.166	57
3.176	24	4.196	58
3.206	25	4.226	59
3.236	26	4.256	60
3.266	27	4.286	61
3.296	28	4.316	62
3.326	29	4.346	63
3.356	30	4.376	64
3.386	31	4.406	65
3.416	32	4.436	66
3.446	33	4.466	67
3.476	34	4.496	68
3.506	35	4.526	69
3.536	36	4.556	70
3.566	37	4.586	71
3.596	38	4.616	72
3.626	39	4.646	73
3.656	40	4.676	74
3.686	41	über 4.676	75

Selbstständige, Freiberufler, Gewerbetreibende, Land-/Forstwirte
80 % des Gewinns vor Steuern sind versicherbar. Vorsorgeaufwendungen für Altersversorgung, Abschreibungen, laufende Betriebskosten etc. können nicht berücksichtigt werden.

Berechnungsformel:
Umsatz
./. Fixkosten
./. variable Kosten
./. Abschreibungen

$$= \frac{\text{Gewinn (vor Steuern) x 80 \%}}{365} = \text{max. KT}$$

Erläuterung
Nach VVG ist bei der Krankentagegeldversicherung der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.

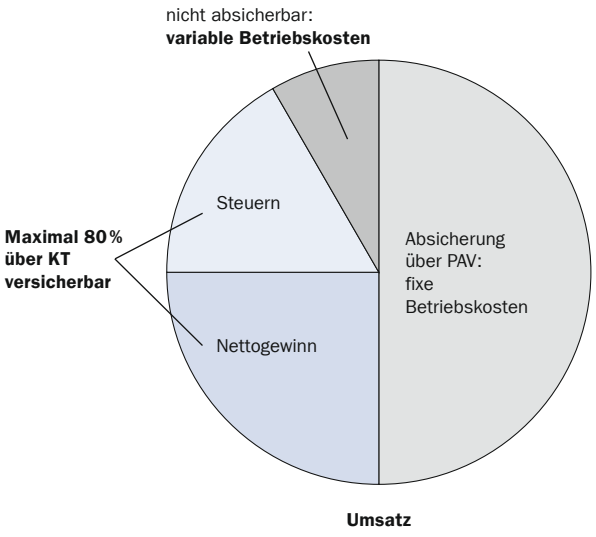
Für die Berechnung der Krankentagegeld-Höhe ist nach einschlägiger höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. BGH 76, 431 ff), als auch nach MB/KT (vgl. § 4 Abs. 2 und 4) das Nettoeinkommen der versicherten Person aus selbstständiger bzw. nichtselbstständiger Arbeit heranzuziehen.
Das Bruttoeinkommen (Gewinn vor Steuern) des Selbstständigen/Freiberuflers ergibt sich aus der Gewinn- und Verlustrechnung. Betriebsausgaben, dazu zählen auch Abschreibungen, mindern den Gewinn und damit auch das Bruttoeinkommen des Selbstständigen/Freiberuflers.
Aus Vereinfachungsgründen legen wir zur Berechnung des Nettoeinkommens gemäß obiger Formel einen prozentualen Anteil des Gewinns vor Steuern zugrunde.

Die laufenden fixen Betriebskosten, wie z. B. Löhne/Gehälter, Miete, Versicherungsbeiträge, Steuern, Finanzierungskosten, Abschreibungen etc. können nur über die „Praxis-Ausfallversicherung“ (PAV) abgesichert werden. Die PAV übernimmt die laufenden Betriebskosten, wenn der Geschäftsinhaber durch Unfall, Krankheit oder Quarantäne ausfällt oder wenn die Geschäftstätigkeit durch die Beschädigung der Betriebseinrichtung durch Feuer, Sturm, Hagel,Leitungswasser oder Einbruchdiebstahl unterbrochen wird.
Über die PAV sind die folgenden Freiberufler versicherbar:

- niedergelassene Ärzte
- Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten
- Heilpraktiker
- Rechtsanwälte, Notare
- Wirtschaftsprüfer, Steuerberater
- Unternehmensberater
- Sachverständige, Gutachter
- Architekten, Ingenieure, Restauratoren
- vergleichbare selbstständig Tätige, Freiberufler

Bei Fragen zur PAV wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Betreuer (Sach-Gewerbe), unseren Kundenservice (Tel. 0221 148-41000) oder direkt an die Unfallversicherung von AXA.

Wichtiger Hinweis
Die PAV leistet für max. ein Jahr und kann, wie jede andere Sachversicherung, durch den Versicherer gekündigt werden. Daher sollte die PAV als Ergänzung und nicht als Ersatz zur Krankentagegeldversicherung abgeschlossen werden.



Tarifbesonderheiten

Maximal versicherbares KT nach Tarifen und Berufsgruppen

In der nachfolgenden Tabelle finden Sie die wichtigsten Höchstgrenzen, die beim Verkauf von KT zu beachten sind:

Ohne Einkommensnachweis für den nachfolgend genannten Personenkreis	
Ärzte und Zahnärzte	210,00 EUR
Freiberufler	200,00 EUR
Mit Einkommensnachweis für den nachfolgend genannten Personenkreis	
Ärzte/Zahnärzte	
KTGA 14-U	310,00 EUR
KTGA 21-U	410,00 EUR
KTGA 28-U	410,00 EUR
KTGA 42-U	600,00 EUR
KTG 91-U, KTG 182-U	600,00 EUR
Ärzte/Zahnärzte als Existenzgründer bzw. Praxisübernehmer	
KTGA 14-U	210,00 EUR
KTGA 21-U	310,00 EUR
KTGA 28-U	410,00 EUR
KTGA 42-U	410,00 EUR
KTG 91-U, KTG 182-U	410,00 EUR
Freiberufler	
KTG 21-U	300,00 EUR
KTG 28-U	300,00 EUR
KTGV 42-U, nur in Verbindung mit einer Vollversicherung bei AXA!	300,00 EUR
KTG 91-U, KTG 182-U	300,00 EUR
Existenzgründer	
Alle Tarife halbe Höchstsätze, maximal	150,00 EUR

Alle angegebenen Höchstgrenzen gelten auch für Kombinationen mit anderen KT niedrigerer Karenzzeit, auch für bestehende KT bei anderen Versicherungsunternehmen.

Für Honorarärzte gelten die gleichen Höchstsätze wie für Ärzte. Honorarärzte können auch Krankentagegeldtarife mit weniger als 6 Wochen Karenzzeit abschließen.

Freiberufler sind z. B.: Apotheker, Archäologe, Architekt, med. Bademeister, Bewegungstherapeut, Bibliothekar, Buchprüfer, Diplom-Psychologe, Dolmetscher, Ergotherapeut, Geburtshelfer/Hebamme, Heilpraktiker, Ingenieur, Krankengymnast, Logopäde, Lotse, med. Masseur, Naturwissenschaftler, Notar, Patentanwalt, Psychotherapeut, Physiotherapeut, Rechtsanwalt, Statiker, Steuerberater, Steuerbevollmächtigter, Tierärzte, Wirtschaftsprüfer

Weitere versicherbare Berufe

Ohne Einkommensnachweis für den nachfolgend genannten Personenkreis	
Selbstständige	100,00 EUR
Arbeitnehmer	120,00 EUR*

* Wenn die Angabe im Antrag zum monatlichen Bruttoeinkommen vorliegt und die beantragte Krankentagegeldhöhe 80% des regelmäßigen Bruttoeinkommens nicht übersteigt, kann auf den Einkommensnachweis verzichtet werden. Die tariflichen Höchstgrenzen gelten unverändert.

Mit Einkommensnachweis für den nachfolgend genannten Personenkreis	
Selbstständige	
KTG 21-U	210,00 EUR
KTG 28-U	300,00 EUR
Arbeitnehmer/Selbstständige	
KTGV 42-U, nur in Verbindung mit einer Vollversicherung bei AXA!	300,00 EUR
KTG 91-U	300,00 EUR
KTG 182-U	300,00 EUR
Existenzgründer	
halbe Höchstsätze, maximal	150,00 EUR

Alle angegebenen Höchstgrenzen gelten auch für Kombinationen mit anderen KT niedrigerer Karenzzeit, auch für bestehende KT bei anderen Versicherungsunternehmen.

Definition Existenzgründer: innerhalb der ersten 12 Monate nach Beginn der jeweiligen Existenzgründung bzw. bis zur Vorlage des ersten Einkommensteuerbescheids über die selbstständige Tätigkeit

Besonderheiten Tarif KTGG 42-U	75,00 EUR*

* Die Höchstgrenzen dürfen auch in Kombination zusammen mit anderen Tagegeldern nicht überschritten werden. Es darf kein Krankentagegeld bei einem anderen Unternehmen bestehen. Kombination mit Tarifen von AXA ist zulässig.

Im Leistungsfall kann, unabhängig davon, ob das Tagegeld mit oder ohne Einkommensnachweis versichert wurde, ein Nachweis angefordert werden. Liegt das versicherte Tagegeld höher als der Bedarf, kann die Leistung gekürzt werden!

Ist ein Einkommensnachweis erforderlich, so reichen Sie bitte folgende Unterlagen ein:

- Arbeitnehmer:
  - Bescheinigung des Arbeitgebers bzw. eine zeitnahe Gehaltsabrechnung
  - aktueller Einkommenssteuernachweis.
- Selbstständige, Freiberufler, Gewerbetreibende, Land- und Forstwirte_
  - aktueller Steuerbescheid; kann dieser nicht vorgelegt werden, dann:
  - aktuelle Einkommensinformation des Steuerberaters (Einnahme-/Überschussrechnung, kurzfristige Erfolgsrechnung oder betriebswirtschaftliche Auswertung)

Besonderheiten Öffentlicher Dienst (ÖD)

Krankentagegeld bei Wegfall Beamtenstatus

Tritt ein bisher versicherter Beamter in ein Arbeitsverhältnis mit begrenzter Gehaltsfortzahlung und ist ab diesem Zeitpunkt versicherungsfrei oder übernimmt ein Beamter eine selbstständige Tätigkeit, so gilt die Nachversicherung der Tarife KTGV 42-U, KTG 91-U, KTG 182-U bis max. 100 Euro im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung als Anpassung an den Versicherungsbedarf. Eine Risikoprüfung wird dann für diese Tarifgruppen bis zu der vorgenannten Summe nicht durchgeführt. Das gleiche gilt für bisher in der Krankheitskostenvollversicherung versicherte berücksichtigungsfähige Ehegatten/eingetragene Lebenspartner von Beamten, die bei Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses mit begrenzter Gehaltsfortzahlungsdauer und Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze aufgrund des Alters (55 Jahre) nicht mehr in der GKV versicherungspflichtig werden. Voraussetzung hierbei ist, dass für diese Person seit Vertragsbeginn keine Krankentagegeldversicherung bestanden hat.

Hierfür muss eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Für die versicherte Person bestand seit Vertragsbeginn keine Krankentagegeldversicherung.

- Die versicherte Person wurde nicht im Rahmen der Öffnungsaktionen für Beamte versichert.
- Die versicherte Person gehört nicht zu dem nicht versicherbaren Personenkreis in der Krankentagegeldversicherung.
- Die versicherte Person war bisher berücksichtigungsfähiges Kind.

Besonderheiten Gerichtsvollzieher
Gerichtsvollzieher können das Erfolgshonorar über eine Krankentagegeldversicherung bis max. 60 Euro absichern.

Krankenhaustagegeldversicherung (KHT-U)

Siehe zunächst Tabelle „Generell nicht versicherter Personenkreis“

Mindestbeitrag
Der Mindestbeitrag für einen Krankenversicherungsvertrag beträgt 5 Euro.

Mindesthöhe und Verkaufsstufen
Die Mindesthöhe für das versicherte Krankenhaustagegeld beträgt 10 Euro. Das Krankenhaustagegeld kann in Stufen von 1 Euro gewählt werden.

Maximal versicherbares Krankenhaustagegeld

Alle Tarife	100,00 EUR
Existenzgründer (= innerhalb der ersten 12 Monate nach Beginn der jeweiligen Existenzgründung bzw. bis zur Vorlage des ersten Einkommensteuerbescheids über die selbstständige Tätigkeit)	100,00 EUR
Hausmänner, Hausfrauen, Kinder, Schüler, Jugendliche, Bundesfreiwilligendienst-Ableister, Studenten, Umschüler, Rentner	60,00 EUR*
* bei Personennachversicherung nicht mehr als die bereits versicherte VP, maximal	100,00 EUR
Besonderheiten	
In Kombination mit EL Bonus-U(A)	60,00 EUR
Tarif KHTA-U	60,00 EUR

Besonderheiten Öffentlicher Dienst (ÖD)
Der Tarif KHT-U darf nicht in Kombination zu bereits bei uns bestehenden Krankenhaustagegeldtarifen mit Ausnahme von KHTA-U abgeschlossen werden.

Kurkostenversicherung

Siehe zunächst Tabelle „Generell nicht versicherter Personenkreis“

Mindestbeitrag
Der Mindestbeitrag für einen Krankenversicherungsvertrag beträgt 5 Euro.

Mindesthöhe und Verkaufsstufen
Die Mindesthöhe für die Kurkostenversicherung beträgt 10 Stufen. Sie kann in 1-Stufenschritten gewählt werden.

Eine Stufe im Tarif KUR-U, KUR-UZ entspricht:
1 Euro für Genesungskuren und 10 Euro für sonstige Kuren.

Maximal versicherbare Stufen

Höchstgrenzen für Einzeltarife oder Kombinationen aus mehreren Tarifen	
Tarife KUR-U, KUR-UZ	250 Stufen *
Tarif KUR-U, KUR-UZ nur in Kombination mit den Tarifen BN1-U bzw. BN2-U	215 Stufen *

Bezogen auf die Höchstgrenzen bedeutet dies eine maximale Leistung bei einer Genesungskur von 250 Euro täglich und bei einer sonstigen Kur von 2.500 Euro insgesamt.

Basistarif

In Deutschland besteht seit dem 01.01.2009 per Gesetz eine allgemeine Krankenversicherungspflicht für jeden Bürger. Wer bisher nicht versichert ist, muss von der GKV oder PKV aufgenommen werden, je nachdem, wo der Versicherungsschutz zuletzt bestanden hatte. Um dieser gesetzlichen Pflicht nachgehen zu können, haben die Krankenversicherer zum 01.01.2009 den branchenweit einheitlichen Basistarif eingeführt, der in einer Normal- und einer Beihilfeversion jeweils mit den Selbstbehaltsstufen 0, 300, 600, 900 und 1.200 Euro angeboten wird. Der Basistarif ist in seinem Leistungsumfang mit dem Leistungskatalog der GKV vergleichbar und löst den modifizierten Standardtarif ab. Der „normale“ Standardtarif bleibt für den Altbestand bestehen.

Entgegen der gängigen Praxis in der PKV besteht für den versicherbaren Personenkreis im Basistarif Kontrahierungszwang. Es dürfen keine Risikozuschläge erhoben oder Risiken ausgeschlossen werden. Dennoch nehmen die PKV-Unternehmen beim Eintritt in den Basistarif Risikoprüfungen vor. Sobald ein Versicherungsnehmer später einmal aus dem Basistarif in einen normalen PKV-Tarif wechselt, ist somit eine risikogerechte Beitragserhebung sichergestellt.

Beitragsgrundsätze
Die Prämien für den Basistarif werden verbandseinheitlich in Abhängigkeit von Eintrittsalter und Geschlecht kalkuliert und dürfen den Höchstbeitrag der GKV nicht überschreiten. Für die Beihilfeversion gilt hier der anteilige Beitrag. Prämienunterschiede zwischen einzelnen Unternehmen können sich nur marginal durch unternehmensindividuelle Kosten ergeben.

Versicherbarer Personenkreis
a) Alle freiwillig in der GKV Versicherten, die den Abschluss des Versicherungsvertrages im Basistarif innerhalb von sechs Monaten nach Ende der Versicherungspflicht in der GKV zum nächstmöglichen Termin beantragen
b) Alle Personen ohne Krankenversicherung, die vorher in der PKV versichert waren oder der PKV zuzuordnen sind (z. B. Beamte, hauptberuflich Selbstständige, versicherungsfreie Arbeitnehmer)
c) Personen, die eine private Krankheitskostenvollversicherung haben und den Vertrag erstmals nach dem 31.12.2008 abgeschlossen wurde
d) Bereits vor dem 01.01.2009 PKV-Versicherte, wenn der Antrag auf Versicherung im Basistarif in der Zeit vom 01.01.2009 bis zum 30.06.2009 zum nächstmöglichen Termin gestellt wurde
e) Darüber hinaus können Personen, die eine PKV vor dem 01.01.2009 abgeschlossen haben, in den Basistarif wechseln, wenn die zu versichernde Person
   – das 55. Lebensjahr vollendet hat oder
   – die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht
   oder
   – finanziell hilfebedürftig ist
f) Personen, die im Standardtarif in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung versichert sind

Abweichend zur GKV gibt es im Basistarif keine beitragsfreie Mitversicherung für Ehepartner und Kinder.

Standardtarif

Versicherbarer Personenkreis

Besondere Richtlinien für den Standardtarif für Personen ohne Beihilfeanspruch (STN)

Für einen Wechsel in den Tarif STN sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:
– Die versicherte Person muss das 65. Lebensjahr vollendet haben
und
– seit mindestens 10 Jahren eine private Vollversicherung haben nach einem Tarif, der grundsätzlich vom Arbeitgeber bezuschusst wird
und
– mit Vertragsschluss vor dem 01.01.2009 ununterbrochen bei AXA versichert sein
oder
– die versicherte Person muss das 55. Lebensjahr vollendet haben
und
– das jährliche Gesamteinkommen darf die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE) nicht überschreiten (Einkommensnachweis ist vorzulegen)
und
– seit mindestens 10 Jahren eine private Vollversicherung haben nach einem Tarif, der grundsätzlich vom Arbeitgeber bezuschusst wird
und
– mit Vertragsschluss vor dem 01.01.2009 ununterbrochen bei AXA versichert sein
oder
– die versicherte Person muss vor Vollendung des 55. Lebensjahres eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen
und
– das jährliche Gesamteinkommen darf die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE) nicht überschreiten
und
– muss seit mindestens 10 Jahren eine private Vollversicherung haben nach einem Tarif, der grundsätzlich vom Arbeitgeber bezuschusst wird
und
– mit Vertragsschluss vor dem 01.01.2009 ununterbrochen bei AXA versichert sein
und
– der Rentenbescheid oder der Witwenrentenbescheid und ein Einkommensnachweis müssen vorgelegt werden. Ferner sind in diesem Fall Familienangehörige im Standardtarif versicherbar, sofern sie über den VN in der GKV Anspruch auf Familienversicherung hätten. Die Voraussetzungen entnehmen Sie bitte dem Stichwort Familienversicherung. Wir benötigen dann von dem hinzukommenden Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner und volljährigen Kindern Einkommensnachweise. Bitte berücksichtigen Sie, dass in der PKV für jede versicherte Person ein separater Beitrag zu entrichten ist; dies gilt auch für den Standardtarif.

Besondere Richtlinien für den Standardtarif für Personen mit Beihilfeanspruch (STB)

Für einen Wechsel in den Tarif STB sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:
– die versicherte Person muss das 65. Lebensjahr vollendet haben
und
– seit mindestens 10 Jahren eine private Beihilfe-Restkosten- oder Vollversicherung nach einem Tarif, der grundsätzlich vom Arbeitgeber bezuschusst wird, haben
und
– mit Vertragsschluss vor dem 01.01.2009 ununterbrochen bei AXA versichert sein
oder
– die versicherte Person muss das 55. Lebensjahr vollendet haben
und
– das jährliche Gesamteinkommen darf die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE) nicht überschreiten
und
– seit mindestens 10 Jahren eine private Beihilfe- Restkosten- oder Vollversicherung nach einem Tarif, der grundsätzlich vom Arbeitgeber bezuschusst wird, haben
und
– mit Vertragsschluss vor dem 01.01.2009 ununterbrochen bei AXA versichert sein
oder
– die versicherte Person muss vor Vollendung des 55. Lebensjahres ein Ruhegehalt beziehen
und
– darf dabei im Gesamteinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE) nicht überschreiten (Einkommensnachweis ist beizulegen)
und
– seit mindestens 10 Jahren eine private Beihilfe-Restkosten- oder Vollversicherung nach einem Tarif, der grundsätzlich vom Arbeitgeber bezuschusst wird, haben
und
– mit Vertragsschluss vor dem 01.01.2009 ununterbrochen bei AXA versichert sein
und
– der Rentenbescheid bzw. Witwenrentenbescheid und ein Einkommensnachweis müssen vorgelegt werden. Ferner sind in diesem Fall Familienangehörige des VN im Standardtarif versicherbar, sofern sie bei einer GKV beitragsfrei mitversichert wären – § 10 SGB V. Die Voraussetzungen entnehmen Sie bitte dem Stichwort Familienversicherung. Wir benötigen dann von dem hinzukommenden Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners und volljährigen Kindern Einkommensnachweise. Bitte berücksichtigen Sie, dass in der PKV für jede versicherte Person ein separater Beitrag zu entrichten ist; dies gilt auch für den Standardtarif.

Voraussetzungen für die Versicherbarkeit im Standardtarif

Nachweise	Rente/ Ruhegehalt		
	Gesamteinkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze	Gesamteinkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze	
	10 jährige PKV-Vorversicherung	10 jährige PKV-Vorversicherung	10 jährige PKV-Vorversicherung
Alter	bis 54	ab 55	ab 65

AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, **www.AXA-Makler.de**

71000583 (1.13)

Maßstäbe / **neu definiert**