

Merkblatt zum Basistarif BT, Tarifstufen BTN und BTB

für bereits versicherte Personen in der Krankheitskostenvollversicherung der Gothaer Krankenversicherung AG
(Stand: 06.2021)

Wichtige Hinweise zu den Besonderheiten des versicherbaren Personenkreises, der Tarifgestaltung und des Leistungsumfangs Bitte nehmen Sie dieses Blatt zu Ihren Versicherungsunterlagen!

Versicherungsnummer

<VNR>

Die Privaten Krankenversicherer sind im Zuge der Gesundheitsreform vom Gesetzgeber verpflichtet worden, ab dem 1.1.2009 den Basistarif anzubieten. Dieser Basistarif unterscheidet sich wesentlich von der bekannten PKV-Produktwelt.

Die Vertragsleistungen entsprechen in Art, Umfang und Höhe denen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Leistungsumfang und die Leistungshöhe können sich während der Vertragsdauer nach gesetzlichen Maßgaben ändern.

Zutreffende Tarif- und Selbstbehaltstufe bitte ankreuzen.

<input type="checkbox"/> Tarif BTN	<input type="checkbox"/> Tarif BTB (für Beihilfeberechtigte)
<input type="checkbox"/> Tarif BTN Ausbildung	<input type="checkbox"/> Tarif BTB Ausbildung*
<input type="checkbox"/> Selbstbehalt 0 EUR	<input type="checkbox"/> Selbstbehalt 0 EUR
<input type="checkbox"/> Selbstbehalt 300 EUR	<input type="checkbox"/> Selbstbehalt % Tarifstufe von 300 EUR
<input type="checkbox"/> Selbstbehalt 600 EUR	<input type="checkbox"/> Selbstbehalt % Tarifstufe von 600 EUR
<input type="checkbox"/> Selbstbehalt 900 EUR	<input type="checkbox"/> Selbstbehalt % Tarifstufe von 900 EUR
<input type="checkbox"/> Selbstbehalt 1.200 EUR	<input type="checkbox"/> Selbstbehalt % Tarifstufe von 1.200 EUR

* Für die BTB Ausbildungsstufe stehen die Selbstbehalte 0 EUR, 300 EUR, 1.200 EUR zur Verfügung.

Die versicherte Person ist 3 Jahre an die gewählte Selbstbehaltstufe gebunden; der Wechsel in eine andere Selbstbehaltstufe kann frühestens mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Dreijahresfrist beantragt werden. Danach kann der Wechsel derselben Selbstbehaltstufe mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum Ablauf eines Jahres beantragt werden.

Wird durch den vereinbarten Selbstbehalt keine oder nur eine geringe Reduzierung des Beitrages erreicht, kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umstellung des Vertrages in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen. Der Versicherer nimmt die Umstellung innerhalb von drei Monaten vor.

Bitte informieren Sie Ihren Arzt/Zahnarzt unter Vorlage Ihres Behandlungsausweises, den Sie mit dem Versicherungsschein erhalten, und Lichtbildausweises vor Beginn der Behandlung über die Versicherung im Basistarif!

Versicherbarer Personenkreis

Aufnahme- und versicherungsfähig in **Tarifstufe BTN** sind bereits bei der Gothaer mit einer Krankheitskostenvollversicherung versicherte Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht beihilfeberechtigt sind und auch keine vergleichbaren Ansprüche haben, wenn:

- der Vertrag zur Krankheitskostenvollversicherung vor dem 1. Januar 2009 geschlossen wurde und die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber 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 hilfebedürftig nach SGB II (= Hartz IV) oder dem SGB XII (= Sozialhilfe) ist;
- sie im Standardtarif nach § 257 Abs. 2a SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung versichert sind.

In der Tarifstufe **BTN Ausbildung** müssen zusätzlich weitere Kriterien erfüllt sein.

Es sind nur Personen versicherbar, die

- das 21. Lebensjahr, aber noch nicht das 39. Lebensjahr vollendet haben und
- in der Berufsausbildung stehen oder Schüler oder Studenten sind und keine Vergütung - mit Aus-

nahme von Ausbildungsvergütungen - erhalten.

Aufnahme- und versicherungsfähig in **Tarifstufe BTB** sind Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben sowie ihre bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wenn sie zu den oben genannten Personenkreisen gehören und ergänzenden beihilfekonformen Versicherungsschutz zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung benötigen.

In der Tarifstufe **BTB Ausbildung** müssen zusätzlich weitere Kriterien erfüllt sein.

Es sind nur Personen versicherbar,

- die das 21. Lebensjahr, aber noch nicht das 39. Lebensjahr vollendet haben und
- a) sich in einer Ausbildung zu einem Beamtenberuf befinden (Anwärter, Referendare, Vikare) und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag - mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen - erhalten oder
- b) bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige oder beihilfeberechtigte Studenten und Schüler sind, die keine Vergütung erhalten.

Beitragshöhe und -begrenzung

Der zu zahlende Beitrag für den Basistarif ist auf die Höhe des Höchstbeitrages für den Basistarif begrenzt. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder mit vergleichbaren Ansprüchen sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige tritt an die Stelle des Höchstbeitrages für den Basistarif ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs für ambulante Heilbehandlung entspricht.

Der Beitrag ist je versicherte Person (für Kinder und Jugendliche ebenfalls) zu entrichten.

Wird der Versicherte allein aufgrund der Zahlung des Beitrags hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder des SGB XII, vermindert sich der zu zahlende Beitrag auf die Hälfte des Zahlbeitrags. Besteht unabhängig von der Beitragszahlung eine Hilfebedürftigkeit (im Sinne von SGB II bzw. SGB XII), reduziert sich der Beitrag ebenfalls auf die Hälfte des Zahlbeitrags.

Ergänzungsversicherungen

Wenn und solange eine versicherte Person auf die Halbierung des Beitrages wegen Hilfebedürftigkeit angewiesen ist, kann der Versicherer verlangen, dass neben dem Basistarif bestehende Ergänzungsversicherungen ruhen.

Besondere Vereinbarungen

Ein bereits bestehender medizinischer Wagnisausgleich aus dem Vortarif bleibt im Basistarif erhalten, für evtl. Mehrleistungen kann ein weiterer medizinischer Wagnisausgleich verlangt werden. Für die Dauer der Versicherung im Basistarif wird ein Wagnisausgleich nicht beitragswirksam erhoben.

Da Leistungsausschlüsse im Basistarif nicht zugelassen sind, werden bestehende Leistungsausschlüsse aus dem Vortarif in einen Wagnisausgleich umgewandelt.

Späterer Tarifwechsel

Bei einer Umstellung vom Basistarif in eine andere Krankheitskostenvollversicherung wird ein im Basistarif festgestellter und dokumentierter medizinischer Wagnisausgleich beitragswirksam.

Für Mehrleistungen des neu gewählten Tarifs erfolgt eine Gesundheitsprüfung und es kann ein zuzüglicher Wagnisausgleich und/oder ein Leistungsausschluss für die Mehrleistungen des neuen Versicherungsschutzes verlangt werden.

Erleichterter Rückwechsel für Hilfebedürftige, die ab dem 16.03.2020 in den Basistarif wechseln

Versicherte, die sozial hilfebedürftig sind oder durch Zahlung des PKV-Beitrags würden und deshalb in den Basistarif wechseln, können später unter bestimmten Voraussetzungen wieder in ihre(n) ursprünglichen Tarif(e) zurückkehren. Die Rahmenbedingungen sind:

- Der Versicherungsbeginn im Basistarif darf nicht vor dem 16.03.2020 liegen.
- Die Hilfebedürftigkeit muss innerhalb von zwei Jahren nach Wechsel in den Basistarif enden.
- Der Versicherte muss innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit die Rückkehr in seine(n) Ursprungstarif(e) beantragen.
- Es findet keine erneute Gesundheitsprüfung statt.
- Zwischenzeitliche Beitragsanpassungen im/in den Ursprungstarif(en) werden zum Rückkehrzeitpunkt wirksam. Da nur die Alterungsrückstellungen übertragen werden, die im Basistarif gebildet wurden, kann dies unter Umständen zusätzlich den Beitrag im/in den Ursprungstarif(en) erhöhen.
- Sollte im/in den Ursprungstarif(en) ein Tarifbonus gewährt worden sein, so entfällt dieser beim Rückwechsel.

Wegzug aus Deutschland

Wird der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland aufgegeben, endet das Versicherungsverhältnis gemäß § 15 Abs. 3 MB/BT.

Leistungen des Versicherers

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs BT können Sie dem Abschnitt "Tarifleistungen" Teil II der AVB entnehmen. Die nachfolgend angegebenen Prozentsätze beziehen sich auf Tarifstufe BTN. In der Tarifstufe BTB wird ein entsprechender Prozentsatz gemäß der gewählten Leistungsstufe zur Verfügung gestellt.

Bitte beachten Sie, dass die Leistungen des Tarifs BT wesentlich von den Leistungen Ihres bisherigen Versicherungsschutzes abweichen können!

Ambulante Behandlung

- 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung sowie gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen durch Vertragsärzte der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum
1,2fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für ärztliche Leistungen,
1,0fachen Satz der GOÄ für medizinisch-technische Leistungen,
0,9facher Satz der GOÄ für Laborleistungen.
- 100 % für ambulante Psychotherapie nach vorheriger Zusage im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien der GKV, bis zu den vorgenannten Höchstsätzen für Ärzte bzw. bis zum 1,2fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Psychotherapeuten.
- 100 % für verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel, jeweils für eines der drei preisgünstigsten Artikel. Verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nur für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (Zuzahlung).
- 100 % für Heil- und Hilfsmittel; Heilmittel gemäß tariflichem Heilmittelverzeichnis; Hilfsmittel nach vorheriger Zusage gemäß Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung in der Standardausführung; (Zuzahlung).
- 100 % der Festbeträge für Brillengläser bei Kinder und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre. Ab Alter 14 besteht ein erneuter Anspruch bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Nach Vollendung des 18. Lebensjahres besteht Anspruch bei schwerer Sehbeeinträchtigung bis zu den geltenden Festbeträgen (Zuzahlung). Brillengestelle sind nicht erstattungsfähig.
- 100 % für ambulante Soziotherapie bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Jahren nach vorheriger Zusage (Zuzahlung).
- 100 % für häusliche Krankenpflege bis zu vier Wochen nach vorheriger Zusage (Zuzahlung).
- 100 % für eine Haushaltshilfe unter bestimmten Voraussetzungen für einen begrenzten Zeitraum (Zuzahlung).
- 100 % für ambulante Rehabilitation bis zu 20 Behandlungstage innerhalb von vier Jahren nach vorheriger Zusage der Behandlung und Rehabilitationseinrichtung (Zuzahlung).
- 100 % für spezialisierte ambulante Palliativversorgung bei unheilbaren Krankheiten.
- 100 % für Fahrkosten zur ambulanten Krankenbehandlung bei Erfüllung der Voraussetzungen nach vorheriger Zusage (Zuzahlung).
- 50 % für künstliche Befruchtung, sofern die Ehefrau zwischen 25 und 39 Jahre und der Ehemann nicht älter als 49 Jahre ist, bis zu drei Versuche nach vorheriger Zusage.
- 100 % für Empfängnisverhütung für Frauen bis einschließlich 19 Jahre (Zuzahlung).

Stationäre Behandlung

- 100 % der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern, einschließlich stationärer Psychotherapie nach vorheriger Zusage.
- 100 % der allgemeinen Leistungen für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen bis maximal drei Wochen innerhalb von vier Jahren nach vorheriger Zusage der Behandlung und Vorsorgeeinrichtung.
- 100 % für medizinische Vorsorge und medizinische Rehabilitation in Form einer Mutter- bzw. Vater-Kind-Maßnahme bis maximal drei Wochen innerhalb von vier Jahren nach vorheriger Zusage der Behandlung und Einrichtung.
- 100 % der allgemeinen Leistungen für Anschlussheilbehandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen binnen 14 Tagen nach einer stationären Krankenhausbehandlung bis maximal drei Wochen innerhalb von vier Jahren nach vorheriger Zusage der Behandlung und Einrichtung.

- Für stationäre Behandlungen sind Zuzahlungen zu leisten.
 - Die erstattungsfähigen Leistungen sind begrenzt auf den Betrag, der von der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend erbracht würde.
 - Stationäre Hospizleistung entsprechend der gesetzlichen Krankenversicherung.
 - Stationäre Kurzzeitpflege unter bestimmten Voraussetzungen bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr bis zu einem Höchstbetrag.
- Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie**
- 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung durch Vertragszahnärzte der gesetzlichen Krankenversicherung, Ausnahme Inlays, Implantate sowie funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen.
 - 60 % der Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen nach Vorlage eines Heil- und Kostenplanes im Rahmen der vertragszahnärztlichen Regelversorgung. Der Erstattungssatz erhöht sich auf 70 % bei einer ununterbrochenen jährlichen Vorsorge in den letzten fünf Kalenderjahren bzw. auf 75 % bei einer ununterbrochenen jährlichen Vorsorge in den letzten zehn Kalenderjahren (bis 18 Jahre jeweils zwei Vorsorgen je Kalenderjahr).
 - 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Kieferorthopädie gemäß den medizinisch begründeten Indikationsgruppen durch Vertragszahnärzte der gesetzlichen Krankenversicherung bis einschließlich 17 Jahre oder bei schwerer Kieferanomalie nach Vorlage eines Heil- und Kostenplanes. Der Erstattungssatz erhöht sich auf 90 % für die gleichzeitige kieferorthopädische Behandlung des zweiten und jedes weiteren versicherten Kindes. Nach Abschluss der Behandlung werden die erstattungsfähigen Restkosten ersetzt.
 - Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen werden bis zum 2,0fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ersetzt.
- Krankentagegeld**
- Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit ab dem 43. Tag für Arbeitnehmer, Selbständige, Gewerbetreibende und Freiberufler unter bestimmten Voraussetzungen in Höhe von 70 % des Bruttoeinkommens (maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze), höchstens jedoch 90 % des Nettoeinkommens für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren, sofern ein tariflicher Anspruch für die versicherte Person besteht.
 - Krankentagegeldanspruch besteht zudem bei einem erkrankten, zu betreuenden und privat krankheitskostenvollversicherten Kind bis einschließlich 11 Jahre für längstens 10 Arbeitstage (bei Alleinerziehenden 20 Tage) pro Kind, jedoch insgesamt nicht mehr als 25 Arbeitstage (bei Alleinerziehenden 50 Tage) je Kalenderjahr, sofern die versicherte Person der Arbeit fernbleiben muss und ein tariflicher Anspruch für die versicherte Person besteht.
 - Mutterschaftsgeld bei Erfüllung der Voraussetzungen für einen befristeten Zeitraum vor und nach der Entbindung, sofern ein tariflicher Anspruch für die versicherte Person besteht.
 - Bei versicherten Personen der Tarifstufe BTB wird, sofern ein tariflicher Anspruch besteht, das Krankentagegeld auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
- Auslandsbehandlung**
- 80 % für ambulante Heilbehandlung bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz, jedoch nicht mehr als die Vergütung, die bei Behandlung im Inland angefallen wäre.
 - Stationäre Heilbehandlung in den o.g. Staaten nur nach vorheriger Zusage.
 - Außerhalb der o. g. Staaten besteht nur dann ein Anspruch auf Leistungen, wenn die versicherte Person vor Beginn der Reise nachweist, dass ihr wegen einer Vorerkrankung oder wegen des erreichten Alters der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung nicht möglich ist. Es werden maximal die Aufwendungen erstattet, die bei Behandlung im Inland angefallen wären. Der Anspruch besteht für längstens 6 Wochen pro Kalenderjahr für unvorhergesehene Behandlungen.
 - Krankenrücktransporte sind nicht erstattungsfähig.
- Selbstbeteiligung/ Zuzahlungen**
- Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages werden zunächst tariflich vorgesehene Zuzahlungen abgezogen. In der Regel entfällt die Zuzahlung bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
 - In der Tarifstufe BTB entfallen tarifliche Zuzahlungen, soweit diese bei der Bemessung der Beihilfe Berücksichtigung finden.

- Auszahlungen erfolgen nach Überschreiten der vereinbarten Selbstbeteiligung.

Bitte beachten Sie wegen weiterer Einzelheiten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009).

Ich habe die Besonderheiten zur Versicherungsfähigkeit, Beitragsbegrenzung, besondere Vereinbarungen, zum späteren Tarifwechsel und zum Leistungsumfang zur Kenntnis genommen.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

1. Exemplar für Gothaer; 2. Exemplar für Versicherungsnehmer/versicherte Person