

Zusatzklärung für Personen im öffentlichen Dienst (Beamte und Arbeitnehmer) und deren beihilfeberechtigten Angehörigen

	Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name	Vorname																																																																																																				
Familienstand/ Daten zum Beihilfeanspruch	1. Person <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden Dienstherr _____ Beihilfestatus*) VP1 _____ Beihilfavorschrift**) VP1 _____		2. Person <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden Dienstherr _____ Beihilfestatus*) VP2 _____ Beihilfavorschrift**) VP2 _____																																																																																																				
	Hinweis zu *) **) : Bitte verwenden Sie die Kennzeichen, die wir am Schluss (s. Folgeseite) dieser Zusatzklärung dargestellt haben.																																																																																																						
	Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen) _____		Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen) _____																																																																																																				
Nur für Beamte der Deutschen Bundesbahn und deren Familien- angehörige	Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen Monat _____ Jahr _____		Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Bedarfsanpassungen Monat _____ Jahr _____																																																																																																				
	Falls Sie Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) haben, beantworten Sie bitte diese Frage: In welchem Umfang haben Sie Anspruch auf die Tarifleistungen der KVB? <input type="checkbox"/> Ich habe einen vollen Anspruch auf die KVB-Tarifleistungen <input type="checkbox"/> Ich habe einen Teilanspruch auf die KVB-Tarifleistungen (z. B. weil ich selbst Beamter/-in außerhalb der Bahn bin mit eigenem Anspruch auf Beihilfe neben der KVB oder weil ich als Bahnbeamter/-in nicht mehr Mitglied in der KVB bin)		Falls Sie Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) haben, beantworten Sie bitte diese Frage: In welchem Umfang haben Sie Anspruch auf die Tarifleistungen der KVB? <input type="checkbox"/> Ich habe einen vollen Anspruch auf die KVB-Tarifleistungen <input type="checkbox"/> Ich habe einen Teilanspruch auf die KVB-Tarifleistungen (z. B. weil ich selbst Beamter/-in außerhalb der Bahn bin mit eigenem Anspruch auf Beihilfe neben der KVB oder weil ich als Bahnbeamter/-in nicht mehr Mitglied in der KVB bin)																																																																																																				
	Teilen Sie uns bitte die Verpflichtungsdauer mit (z. B. SaZ 8) _____ und den Beginn Ihrer Verpflichtung als Soldat auf Zeit (Tag/Monat/Jahr) _____																																																																																																						
Soldaten/Zeitsol- daten	Waren Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung in einem ausländischen Krisengebiet mit politischen/kriegsähnlichen Konflikten eingesetzt/beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wo? _____ von (Tag/Monat/Jahr) _____ bis (Tag/Monat/Jahr) _____		Waren Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung in einem ausländischen Krisengebiet mit politischen/kriegsähnlichen Konflikten eingesetzt/beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wo? _____ von (Tag/Monat/Jahr) _____ bis (Tag/Monat/Jahr) _____																																																																																																				
	Haben Sie bereits an einem Einsatznachbereitungsseminar teilgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mit welchem Ergebnis? (z. B. weitere Beratungen/Behandlungen/keine weiteren Maßnahmen erforderlich). <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann? _____		Haben Sie bereits an einem Einsatznachbereitungsseminar teilgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mit welchem Ergebnis? (z. B. weitere Beratungen/Behandlungen/keine weiteren Maßnahmen erforderlich). <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann? _____																																																																																																				
	Ich bin damit einverstanden, dass mein Vertrag bei Änderungen des Beihilferechts im Rahmen der für den Verkauf zur Verfügung stehenden Tarife bedarfsgerecht umgestellt wird. Meine Teilnahme kann ich jederzeit widerrufen. Durchgeführte Vertragsumstellungen im Rahmen des Umstellungs-service können von mir innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Änderung rückgängig gemacht werden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																																																																						
Umstellungs- service Tarifgruppe B und Vision B	Hiermit erkläre ich Folgendes Name, Vorname der zu versichernden Person _____ Ich bin Student/-in bzw. Absolvent/-in einer Hochschule (Universität, Fachhochschule, Gesamthochschule) mit dem Ziel einer Beamtenlaufbahn als Lehrer oder Hochschullehrer und ist zurzeit in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflege- bzw. familienversichert.		Hiermit erkläre ich Folgendes Name, Vorname der zu versichernden Person _____ Ich bin Student/-in bzw. Absolvent/-in einer Hochschule (Universität, Fachhochschule, Gesamthochschule) mit dem Ziel einer Beamtenlaufbahn als Lehrer oder Hochschullehrer und ist zurzeit in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflege- bzw. familienversichert.																																																																																																				
	Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes AWFH (gilt nur für Lehramtsstudenten und Lehrer nach Beendigung des Referendariats) Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen) Name, Vorname der zu versichernden Person _____ <input type="checkbox"/> Nichtraucher/-in <input type="checkbox"/> Raucher/-in <input type="checkbox"/> Sehhilfen		Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes Vision B bzw. Vision B-N bzw. Vision B-U, BN3 bzw. BN3/1-N bzw. BN3/1-U, BN3/2-N bzw. BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen) Name, Vorname der zu versichernden Person _____ <input type="checkbox"/> Nichtraucher/-in <input type="checkbox"/> Raucher/-in <input type="checkbox"/> Sehhilfen																																																																																																				
Nichtraucher/-in ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss weder mittels E-/Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Tabakerhitzer oder auf sonstige Weise Tabak/Nikotin konsumiert hat und für die Zukunft auch nicht beabsichtigt. Als Raucher/-in bzw. Tabak/Nikotinkonsument/-in bin ich mit einem Zuschlag auf den Beitrag des Tarifes VISION B, Vision B-N, Vision B-U einverstanden. Dieser beträgt ab dem vollendeten 16. Lebensjahr 17 % des Tarifbeitrages im Tarif Vision B-U; in den Tarifen Vision B und Vision B-N 15% für weibliche und 20 % für männliche Versicherte. Mir ist bekannt, dass dieser Zuschlag bei einer erforderlichen Beitragsanpassung entsprechend angepasst wird.		Werde ich nach Vertragsabschluss Tabak- oder Nikotinkonsument/-in, verpflichte ich mich, den Versicherer unverzüglich zu informieren. Ich bin damit einverstanden, dass ab dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus der für mich geltende Zuschlag erhoben wird.																																																																																																					
Für meine Sehhilfe bin ich mit einem Festbetrag auf den Beitrag des Tarifes Vision B/Vision B-N/Vision B-U bzw. BN HF-UZ und – sofern beantragt – des Tarifes BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N einverstanden. Dieser beträgt einheitlich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene je Person in		Für meine Sehhilfe bin ich mit einem Festbetrag auf den Beitrag des Tarifes Vision B/Vision B-N/Vision B-U bzw. BN HF-UZ und – sofern beantragt – des Tarifes BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N einverstanden. Dieser beträgt einheitlich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene je Person in																																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tarif</th> <th>Tarif</th> <th>Tarif</th> <th>Tarif</th> </tr> <tr> <th>Vision B, Vision B-N, Vision B-U</th> <th>BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ</th> <th>Vision B, Vision B-N, Vision B-U</th> <th>BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:</td> </tr> <tr> <td>00</td> <td>7,00 EUR</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50-U, 50T, 50-NT,</td> <td></td> <td>50</td> <td>0,40 EUR</td> </tr> <tr> <td>50T-U</td> <td>3,50 EUR</td> <td>30</td> <td>0,56 EUR</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>2,10 EUR</td> <td>20</td> <td>0,64 EUR</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>1,40 EUR</td> <td>15</td> <td>0,68 EUR</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>1,05 EUR</td> <td>20</td> <td>0,64 EUR</td> </tr> <tr> <td>20 15</td> <td>1,40 EUR</td> <td>25</td> <td>0,60 EUR</td> </tr> <tr> <td>25 15</td> <td>1,75 EUR</td> <td>25</td> <td>0,60 EUR</td> </tr> <tr> <td>25</td> <td>1,75 EUR</td> <td>25</td> <td>0,60 EUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>BN-HF-UZ</td> <td>0,80 EUR</td> </tr> </tbody> </table>		Tarif	Tarif	Tarif	Tarif	Vision B, Vision B-N, Vision B-U	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ	Vision B, Vision B-N, Vision B-U	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:				00	7,00 EUR			50-U, 50T, 50-NT,		50	0,40 EUR	50T-U	3,50 EUR	30	0,56 EUR	30	2,10 EUR	20	0,64 EUR	20	1,40 EUR	15	0,68 EUR	15	1,05 EUR	20	0,64 EUR	20 15	1,40 EUR	25	0,60 EUR	25 15	1,75 EUR	25	0,60 EUR	25	1,75 EUR	25	0,60 EUR			BN-HF-UZ	0,80 EUR	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tarif</th> <th>Tarif</th> <th>Tarif</th> <th>Tarif</th> </tr> <tr> <th>Vision B, Vision B-N, Vision B-U</th> <th>BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N</th> <th>Vision B, Vision B-N, Vision B-U</th> <th>BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:</td> </tr> <tr> <td>30 15</td> <td>2,10 EUR</td> <td>30</td> <td>0,56 EUR</td> </tr> <tr> <td>35 20</td> <td>2,45 EUR</td> <td>35</td> <td>0,52 EUR</td> </tr> <tr> <td>35</td> <td>2,45 EUR</td> <td>35</td> <td>0,52 EUR</td> </tr> <tr> <td>40 25</td> <td>2,80 EUR</td> <td>40</td> <td>0,48 EUR</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>2,80 EUR</td> <td>40</td> <td>0,48 EUR</td> </tr> <tr> <td>45 30</td> <td>3,15 EUR</td> <td>45</td> <td>0,44 EUR</td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>3,15 EUR</td> <td>45</td> <td>0,44 EUR</td> </tr> <tr> <td>50 35</td> <td>3,50 EUR</td> <td>50</td> <td>0,40 EUR</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>3,50 EUR</td> <td>50</td> <td>0,40 EUR</td> </tr> </tbody> </table>		Tarif	Tarif	Tarif	Tarif	Vision B, Vision B-N, Vision B-U	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	Vision B, Vision B-N, Vision B-U	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:				30 15	2,10 EUR	30	0,56 EUR	35 20	2,45 EUR	35	0,52 EUR	35	2,45 EUR	35	0,52 EUR	40 25	2,80 EUR	40	0,48 EUR	40	2,80 EUR	40	0,48 EUR	45 30	3,15 EUR	45	0,44 EUR	45	3,15 EUR	45	0,44 EUR	50 35	3,50 EUR	50	0,40 EUR	50	3,50 EUR	50	0,40 EUR
Tarif	Tarif	Tarif	Tarif																																																																																																				
Vision B, Vision B-N, Vision B-U	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N, BN HF-UZ	Vision B, Vision B-N, Vision B-U	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N																																																																																																				
mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:																																																																																																							
00	7,00 EUR																																																																																																						
50-U, 50T, 50-NT,		50	0,40 EUR																																																																																																				
50T-U	3,50 EUR	30	0,56 EUR																																																																																																				
30	2,10 EUR	20	0,64 EUR																																																																																																				
20	1,40 EUR	15	0,68 EUR																																																																																																				
15	1,05 EUR	20	0,64 EUR																																																																																																				
20 15	1,40 EUR	25	0,60 EUR																																																																																																				
25 15	1,75 EUR	25	0,60 EUR																																																																																																				
25	1,75 EUR	25	0,60 EUR																																																																																																				
		BN-HF-UZ	0,80 EUR																																																																																																				
Tarif	Tarif	Tarif	Tarif																																																																																																				
Vision B, Vision B-N, Vision B-U	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N	Vision B, Vision B-N, Vision B-U	BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N, BN3/2-U, BN4, BN4-N																																																																																																				
mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:																																																																																																							
30 15	2,10 EUR	30	0,56 EUR																																																																																																				
35 20	2,45 EUR	35	0,52 EUR																																																																																																				
35	2,45 EUR	35	0,52 EUR																																																																																																				
40 25	2,80 EUR	40	0,48 EUR																																																																																																				
40	2,80 EUR	40	0,48 EUR																																																																																																				
45 30	3,15 EUR	45	0,44 EUR																																																																																																				
45	3,15 EUR	45	0,44 EUR																																																																																																				
50 35	3,50 EUR	50	0,40 EUR																																																																																																				
50	3,50 EUR	50	0,40 EUR																																																																																																				

(Beispiele: Der Sehhilfe-Festbetrag beträgt in dem Tarif Vision B30-N bzw. Vision B30-U EUR 2,10 und in dem Tarif BN3/1 30-N bzw. BN3/1 30-U EUR 0,56 bzw. in dem Tarif Vision B 50-NT bzw. Vision B 50T-U EUR 3,50 und in dem Tarif BN3/2 50-N bzw. BN3/2 50-U EUR 0,40.)

Die Beitragszuschläge/Festbeträge werden während einer Anwartschaftsversicherung nicht erhoben.



Antragsteller/-in
Versicherungsnehmer/-in

Name

Vorname

**Wichtig für
Antragsteller/-in
und zu
versichernde
Personen**

Unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht die private Krankenversicherung (PKV) Beamten, Beamten auf Widerruf (z. B. Referendare, Beamtenanwärter), Beamtenanfänger und ihren Angehörigen einen erleichterten Zugang zu einer beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung über die sogenannten Öffnungsaktionen (nähere Informationen finden Sie im Internetauftritt des PKV-Verbandes <https://www.pkv.de/service/broschueren/>). Dieser erleichterte Zugang bedeutet einen Annahmewang und keine Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie die Begrenzung von Zuschlägen zum Aus-gleich erhöhter Risiken auf maximal 30 % des tariflichen Beitrages. Wenn Ihr Antrag auf dieser Basis bearbeitet werden soll und innerhalb von sechs Monaten ab dem zugangsberechtigenden Ereignis (z. B. Verbeamtung auf Widerruf bzw. auf Probe) gestellt ist, vermerken Sie dies bitte gesondert im Antrag (z. B. im Abschnitt „Bemerkungen/Vereinbarungen“). Bitte beachten Sie dabei, dass der Zugang über die Öffnungsaktionen auch nachteilig sein kann, da hierfür nur bestimmte Tarife der Tarifgruppe B zugelassen sind (diese können Sie gerne bei AXA/DBV erfragen). Fehlt ein entsprechender Vermerk im Antrag oder wird ein Antrag auf nicht zugelassene Tarife für die Öffnungsaktionen gestellt, gehen wir davon aus, dass Sie von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch machen wollen bzw. können.

Unterschriften

Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift des/der Antragstellers/-in/Versicherungsnehmers/-in und
der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr

Unterschrift des/der Antragstellers/-in/Versicherungsnehmers/-in und
der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr

X

X

***) Beihilfestatus**

B = Beihilfeberechtigte/-r
V = Versorgungsempfänger/-in
E = berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in, eingetragene/-r Lebenspartner/-in
K = berücksichtigungsfähiges Kind
H = (Freie) Heilfürsorge
B2 = Beihilfeberechtigte/-r/2 Kinder
B2-Sa = Beihilfeberechtigte/-r/mehr als 1 Kind Sachsen ab 01.01.2013
H2-Sa = Heilfürsorgeberechtigte/-r mehr als 1 Kind Sachsen ab 01.01.2013
B3 = Beihilfeberechtigte/-r mit ehemals mind. 3 berücksichtigungsfähigen Kindern+Verbeamtung bis 31.12.2012
Bei Soldaten auf Zeit:
Hbh = Heilfürsorgeberechtigte/-r (nach Wegfall Heilfürsorge mehr als 1 Kind oder Versorgungsempfänger)
Hzu = Heilfürsorgeberechtigte/-r (nach Wegfall Heilfürsorge ohne Beihilfe/ MIT Zuschuss)

Bei Baden-Württemberg

ab Verbeamtung 01.01.2013:
B13 = Beihilfeberechtigte/-r
E13 = berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in oder eingetragene/-r Lebenspartner/-in
V13 = Versorgungsempfänger/-in
H13 = Heilfürsorgeberechtigte/-r

Bei Inanspruchnahme Pauschal-Beihilfe (Aktuell Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Thüringen):

Bzu = Beihilfeberechtigte/-r MIT Zuschuss
Vzu = Versorgungsempfänger/-in MIT Zuschuss
Ezu = berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in, eingetragene/-r Lebenspartner/-in
Kzu = Berücksichtigungsfähiges Kind
B2zu = Beihilfeberechtigte/-r mehr als 1 Kind MIT Zuschuss

AZ = Angestellte/-r mit Zuschuss
AZ2 = Ang. mit Zuschuss/2 Kinder
A = Angestellte/-r ohne Zuschuss
A2 = Angestellte/-r ohne Zuschuss/2 Kinder
EAZ = Ehegatte einer/-s Angestellten mit Zuschuss
EA = Ehegatte einer/-s Angestellten ohne Zuschuss
KAZ = Kind einer/-s Angestellten mit Zuschuss
KA = Kind einer/-s Angestellten ohne Zuschuss

****) Beihilfevorschrift Bund? Land (SchlH., HH, HB, NdS, Bln, NW, Hess, RhIPf, BaWü, Bay, Saar, M-V, Brbg, LSA, Sachs, Thür)? KVB?**

