

Krankenversicherung-Nummer

Vermittler-Nummer

Vorname

Name

Meine Ausbildung endet am

Meine Verbeamtung ist am

Zutreffendes bitte ankreuzen.

**Umstellung in
Normalbeiträge
(mit Bildung
einer Alters-
rückstellung)**

☐ Ich habe Anspruch auf ☐ Beihilfe ☐ Heilfürsorge ☐ des Bundes ☐ des Landes für Person(en) (Anzahl der beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen) und beantrage die Umstellung der gleichen Tarife in Tarife mit Altersrückstellungen zum sowie die ggf. erforderliche Anpassung der tariflichen Erstattungssätze zum selben Zeitpunkt an die aktuell geltenden Beihilfebemessungssätze auf Basis der zuvor gemachten Angaben zum Beihilfeanspruch.

☐ Ich nutze zu diesem Zeitpunkt das Optionsrecht und beantrage folgende Tarife:

(Die Verbeamtungsurkunde bzw. einen Nachweis der Verbeamtung füge ich bei!)

☐ Ich beantrage zu diesem Zeitpunkt den Tarif BEA (Beitragsentlastung im Alter)

Monatlicher Beitrag EUR

EUR Monatliche Beitragsentlastung ab 1. Januar des Jahres, in dem ich, die versicherte Person, das 67. Lebensjahr vollendet.

**Arbeitslosigkeit
nach Ausbildung**

☐ Ich bin nach meiner Ausbildung vorübergehend arbeitslos ohne Beihilfeanspruch und beantrage die Umstellung

in Tarif Vision B 00 (-N bzw. -U)* (100 % Erstattungssatz, bei Zahnersatz 50 %) als Übergangslösung zum Mein berufliches Ziel ist eine Beamtenlaufbahn. Während der Übergangszeit werde ich mich nicht länger als 6 Wochen im Ausland aufhalten.

(Die Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes Vision B (s. Anlage) füge ich ausgefüllt und unterschrieben bei, wenn ich bisher noch NICHT in dem Tarif Vision B versichert war).

**GKV-Pflicht
oder Familien-
versicherung**

Wichtig! Den Nachweis über die bestehende Pflicht-/bzw. Familienversicherung der gesetzlichen Krankenkasse füge ich bei! Wenn die nachfolgend genannten Sachverhalte nicht zutreffen, bitten wir Sie um eine gesonderte Mitteilung.

☐ Ich bin nach meiner Ausbildung in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert oder habe Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung und beantrage die Umstellung der Tarife in eine **kleine Anwartschaftsversicherung** (Beitrag entspricht 5 % des Tarifbeitrages) zum Die Pflegepflichtversicherung soll zum selben Termin in Anwartschaft gestellt werden.

☐ **ALTERNATIVE Tarif AWFH** (mit zeitlich begrenzter Laufzeit):

Für die Dauer der Pflicht-/Familienversicherung beantrage ich zum

die Umstellung der bisher bestehenden Tarife in **Tarif AWFH* für 1 Euro Monatsbeitrag** und bestätige, dass ich eine Beamtenlaufbahn als Lehrer oder Hochschullehrer mit Beihilfeanspruch anstrebe. Die ggf. bestehenden Tarife Pflegevorsorge (z. B. Akut, FlexG, VARIO) sind unverändert fortzuführen. Die nachfolgend angekreuzten Tarife sollen jedoch parallel zum AWFH mit Leistungsanspruch fortgeführt werden:

☐ BW2 (-N bzw. -U), BW2 (-N bzw. -U) mit BWE (-N bzw. -U)

☐ KHT, KHTe, KHTe-N, KHT-U

☐ 350, 350E, 350E-N, KUR-U

Hinweis: AWFH enthält keine AVB-Umwandlungsoptionsrechte, tarifliche Zahnstaffeln beginnen nach AWFH-Beendigung von Neuem, keine Anrechnung der AWFH-Versicherungszeit auf die nachfolgende Versicherungszeit bzgl. Beitragsrückerstattung.

☐ **ALTERNATIVE, nur wenn Tarif VIALife besteht:**

Für die Dauer der Pflicht-/Familienversicherung beantrage ich zum die Beendigung der nachfolgend angekreuzten Tarife. Die ggf. bestehenden Tarife Pflegevorsorge (z. B. Akut, FlexG, VARIO) sind unverändert fortzuführen.

☐ VisB (-N bzw. -U) und ggf. BN3 (-N bzw. -U) bzw. BN4 (-N bzw. -U) bzw. BN VisB-U

☐ BS (-N bzw. -U), BZ (-N bzw. -U), B3 (-N bzw. -U) und ggf. BN1 (-N bzw. -U) bzw. BN2 (-N bzw. -U) bzw. BN B-U

☐ BW2 (-N bzw. -U), BW2 (-N bzw. -U) mit BWE (-N bzw. -U)

☐ KHT, KHTe, KHTe-N, KHT-U

☐ 350, 350E, 350E-N, KUR-U

Hinweis: Für einen erneuten Versicherungsschutz (z. B. in den vorgenannten/angekreuzten Tarifen) gelten die Tarifbedingungen des Tarifs VIALife. Die Optionsanlässe sind dort im Abschnitt C und die Antragsfristen dazu im Abschnitt D beschrieben. Die Versicherungszeit im VIALife wird nach Ausübung des Optionsrechts weder auf die tariflichen Zahnstaffeln noch auf die nachfolgende Versicherungszeit bzgl. Beitragsrückerstattung angerechnet.

☐ Für die Zeit des Auslandsaufenthaltes beantrage ich die Umstellung in eine **kleine Anwartschaftsversicherung** (AWV) (Beitrag entspricht 5 % des Tarifbeitrages) zum

Achtung! Dies ist nur möglich, wenn die Allgemeine Versicherungspflicht zur Krankenversicherung in Deutschland endet/entfällt, z. B. bei Wegzug.

Wichtig! Bei Umstellung in Vision B 00 (-N bzw. -U) bei Arbeitslosigkeit nach der Ausbildung oder in eine kleine Anwartschaftsversicherung bei GKV-Pflichtversicherung/-Familienversicherung bzw. Auslandsaufenthalt, wenn einer der nachfolgend genannten Tarife bereits besteht

☐ Ich beantrage bis zum (erneuten) Beihilfeanspruch die Fortführung des/der nachfolgend genannten Tarife/-s

BN1 (-N bzw. -U), BN2 (-N), BN B-U, BN3 (-N bzw. -U), BN4 (-N), BN VisB-U

☐ als kleine Anwartschaftsversicherung.

BW2 (-N bzw. -U), BW2 (-N bzw. -U) mit BWE (-N bzw. -U)

☐ mit Leistungsanspruch

☐ als kleine Anwartschaftsversicherung.

KHT, KHTe, KHTe-N, KHT-U

☐ mit Leistungsanspruch

☐ als kleine Anwartschaftsversicherung.

350, 350E, 350E-N, KUR-U

☐ mit Leistungsanspruch

☐ als kleine Anwartschaftsversicherung.

Ggf. weitere, zuvor nicht genannte Tarife werden unverändert mit Leistungsanspruch fortgeführt, jedoch zum Normalbeitrag.

☐ ***Ausgehändigte Unterlagen:**

Ich habe die Produktinformationsblätter, Vertragsinformationen, Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife

☐ elektronisch

☐ per Datenträger

☐ in Papierform erhalten.

Unterschriften

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers

Unterschrift aller mitzuversichernden Person(en) bezogen auf alle obigen Erklärungen (frühestens mit Alter 16)



zum Antrag vom	für Antragsteller/Versicherungsnehmer	
_____	_____	
Versicherungs-Nummer	RD/VD/GD	Vermittler-Nummer
_____	_____	_____
OE/Sachbearbeiter	Datum	
_____	_____	

Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen und Erklärung unterschreiben):

Name, Vorname der zu versichernden Person(en)

Nichtraucher Raucher Sehhilfe

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

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 bin ich mit einem Zuschlag auf den Beitrag des Tarifs Vision B einverstanden. Dieser beträgt ab dem vollendeten 16. Lebensjahr in dem Tarif VisB-U 17% des Tarifbeitrags bzw. in den Tarifen VisionB, VisB-N jeweils für männliche Versicherte 20% und für weibliche Versicherte 15% des Tarifbeitrags. Mir ist bekannt, dass dieser Zuschlag bei einer erforderlichen Beitragsanpassung entsprechend angepasst wird.

Werde ich nach Vertragsschluss Raucher, verpflichte ich mich, den Versicherer unverzüglich zu informieren. Ich bin dann damit einverstanden, dass ab dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus der für mich geltende Zuschlag erhoben wird.

Für meine Sehhilfe bin ich mit einem Zuschlag auf den Beitrag des Tarifs Vision B, VisB-N, VisB-U bzw. BN HF-UZ und - sofern beantragt - des Tarifs Vision BN3, Vision BN4 bzw. BN3/1-N, BN3/2-N, BN4-N, BN3/1-U, BN3/2-U einverstanden. Dieser beträgt einheitlich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene je Person in

**Tarif
Vision B,
Vision B-N (VisB-N)
Vision B-U (VisB-U)**

**Tarif
Vision BN3, Vision BN4,
BN3/1-N, BN3/2-N, BN4-N
BN3/1-U, BN3/2-U,
BN HF-UZ**

mit nachfolgend aufgeführten
Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:

00	7,00 EUR		
50T, 50-NT	3,50 EUR	50	0,40 EUR
30	2,10 EUR	30	0,56 EUR
20	1,40 EUR	20	0,64 EUR
15	1,05 EUR	15	0,68 EUR
10	0,70 EUR	10	0,72 EUR
20 15	1,40 EUR	20	0,64 EUR
25 15	1,75 EUR	25	0,60 EUR
25	1,75 EUR	25	0,60 EUR
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
		BN HF-UZ	0,80 EUR

(Beispiele: Der Sehhilfe-Zuschlag beträgt
in dem Tarif Vision B30-U EUR 2,10 und
in dem Tarif BN3/1 30-U EUR 0,56 bzw.
in dem Tarif Vision B50T-U EUR 3,50 und
in dem Tarif BN3/2 50-U EUR 0,40.)

Die Beitragszuschläge werden während einer Anwartschaftsversicherung nicht erhoben.

Unterschriften

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers

Unterschrift der zu versichernden Person(en) ab dem vollendeten 16. Lebensjahr

