

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

	Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name	Vorname
Familienstand/ Daten zum Beihilfeanspruch	1. Person ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden Dienstherr _____ Beihilfestatus*) VP1 Beihilfевorschrift**) VP1 _____		2. Person ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden Dienstherr _____ Beihilfestatus*) VP2 Beihilfевorschrift**) VP2 _____
	Hinweis zu *) **): Bitte verwenden Sie die Kennzeichen, die wir am Schluss (s. Folgeseite) dieser Zusatzklärung dargestellt haben. Bitte beachten Sie auch den Hinweis zu den Besonderheiten in der Beihilfe des Landes Sachsen ab dem 01.01.2024.		
	Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen) _____ Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Monat Jahr Bedarfsanpassungen		Anzahl der beihilfeberechtigten Personen (Beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähige Personen) _____ Änderung/Wegfall der Beihilfe bei Monat Jahr Bedarfsanpassungen
	Nur für Beamte der Deutschen Bundesbahn und deren Familien- angehörige 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? ☐ Ich habe einen vollen Anspruch auf die KVB-Tarifleistungen ☐ 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? ☐ Ich habe einen vollen Anspruch auf die KVB-Tarifleistungen ☐ 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)
Soldaten/Zeitsol- daten	Teilen Sie uns bitte die Verpflichtungsdauer mit (z. B. SaZ 8) _____ und den Beginn Ihrer Verpflichtung als Soldat auf Zeit (Tag/Monat/Jahr) 		Teilen Sie uns bitte die Verpflichtungsdauer mit (z. B. SaZ 8) _____ und den Beginn Ihrer Verpflichtung als Soldat auf Zeit (Tag/Monat/Jahr)
	Auslandseinsatz/ Tätigkeit im Ausland Waren Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung in einem ausländischen Krisengebiet mit politischen/kriegsähnlichen Konflikten eingesetzt/beschäftigt? ☐ ja ☐ 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? ☐ ja ☐ nein Wo? von (Tag/Monat/Jahr) bis (Tag/Monat/Jahr)
Für Antrags- steller:innen mit Beihilfe des Landes Hessen	Haben Sie bereits an einem Einsatznachbereitungsseminar teilgenommen? ☐ ja ☐ nein Mit welchem Ergebnis? (z. B. weitere Beratungen/Behandlungen/keine weiteren Maßnahmen erforderlich). _____ Ist ein Einsatznachbereitungsseminar vorgesehen? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wann? 		
	Haben Sie bereits an einem Einsatznachbereitungsseminar teilgenommen? ☐ ja ☐ nein Mit welchem Ergebnis? (z. B. weitere Beratungen/Behandlungen/keine weiteren Maßnahmen erforderlich). _____ Ist ein Einsatznachbereitungsseminar vorgesehen? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wann? 		
	Ich beantrage für mich (Antragsteller/-in bzw. Versicherungsnehmer/-in) bereits jetzt für die Zeit nach Beendigung der Anwärter-/Referendarzeit (Ausbildung zum Beamten / zur Beamtin) zu dem im Abschnitt „Zu versichernde Personen“ dieses Antrages genannten voraussichtlichen Ausbil- dungs-/Referendariatsende die Erhöhung der tariflichen Erstattungssätze in den beantragten Tarifen (s. Abschnitt „Welche Tarife sollen versichert werden?“) gemäß den dann geltenden Beihilfebemessungssätzen des Landes Hessen *. Sollte die Anwärter-/Referendarzeit zu einem anderen als im Abschnitt „Zu versichernde Personen“ genannten Zeitpunkt enden, gilt das vorgenannte Einverständnis für den neuen, tatsächlichen Beendigungstermin der Ausbildung. Die tariflichen Erstattungssätze in Höhe von 30 % (ambulante, zahnärztliche Behandlungen) bzw. 15 % (stationäre Behandlungen) werden in diesem Fall bis zum neuen, tatsächlichen Ausbildungsende fort- geführt. Für den Ausbildungsbeitrag gelten die tariflichen Bestimmungen. Diesen Antrag stelle ich auch in Hinblick auf meine gegebenenfalls von der Änderung des Beihilfebemessungssatzes betroffenen mitversicherten Familienangehörigen. Sollten Sie mit der vorgenannten Regelung nicht einverstanden sein, kreuzen Sie bitte das nachfolgende Kästchen an. ☐ Nein, ich möchte den vorgenannten Antrag zum jetzigen Zeitpunkt nicht stellen. Das Recht auf Vertragsanpassungen nach § 199 VVG bei Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe bzw. bei sonstigen Änderungen des Beihilfe- bemessungssatzes auch nach Ausbildungsende innerhalb der gesetzlichen Antragsfristen sowie auf die Kündigung des Vertrages insgesamt nach § 205 (3) VVG bleibt Ihnen in jedem Falle erhalten – unabhängig davon, ob Sie mit der vorgenannten Regelung einverstanden sind oder nicht. Hinweis: Sofern ich mein Einverständnis nicht erteile, wird mein Vertrag bei Beendigung der Ausbildung in den Normalbeitrag umgestellt ohne Änderung der tariflichen Erstattungssätze. Dadurch besteht dann in der Regel kein ausreichender Versicherungsschutz mehr. Eine spätere Er- höhung der tariflichen Erstattungssätze wäre nur mit aktueller Risikoprüfung möglich, wenn der entsprechende Antrag erst mehr als 6 Monate nach Änderung der Beihilfebemessungssätze zugeht. * Nach aktuell geltender Beihilferegelung gilt ein Bemessungssatz von 50 % für ambulante und zahnärztliche Behandlungen bzw. von 65 % für stationäre Behandlungen im Krankenhaus inklusive für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei Zahlung des monatlichen Eigen- anteils von 18,90 EUR an den Dienstherrn. Der Bemessungssatz erhöht sich je berücksichtigungsfähigem Familienangehörigen in der Beihilfe um 5 % auf max. 70 % ambulant/zahn bzw. 85 % stationär.		
	Persönliche Erklärung bei Abschluss des Tarifes AWFH (gilt nur für Lehr- amtsstudenten und Lehrer nach Beendigung des Referendariats) 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 Beamtenlauf- bahn als Lehrer oder Hochschullehrer und zurzeit in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflicht- 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 Beamtenlauf- bahn als Lehrer oder Hochschullehrer und zurzeit in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflicht- bzw. familienversichert.			



**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

☐ Nichtraucher/-in ☐ Raucher/-in ☐ 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

**Tarif
Vision B, Vision B-N
Vision B-U**

mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:

00 7,00 EUR
50-U, 50T,
50-NT, 50T-U 3,50 EUR
30 2,10 EUR
20 1,40 EUR
15 1,05 EUR
10 0,70 EUR
20 15 1,40 EUR
25 15 1,75 EUR
25 1,75 EUR

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

mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:

50 0,40 EUR
30 0,56 EUR
20 0,64 EUR
15 0,68 EUR
10 0,72 EUR
20 0,64 EUR
25 0,60 EUR
25 0,60 EUR

BN-HF-UZ 0,80 EUR

Hiermit erkläre ich Folgendes (bitte ankreuzen)

Name, Vorname der zu versichernden Person

☐ Nichtraucher/-in ☐ Raucher/-in ☐ 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

**Tarif
Vision B, Vision B-N,
Vision B-U**

mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:

30 15 2,10 EUR
35 20 2,45 EUR
35 2,45 EUR
40 25 2,80 EUR
40 2,80 EUR
45 30 3,15 EUR
45 3,15 EUR
50 35 3,50 EUR
50 3,50 EUR

**Tarif
BN3, BN3/1-N, BN3/1-U, BN3/2-N,
BN3/2-U, BN4, BN4-N**

mit nachfolgend aufgeführten Erstattungssätzen/Tarifergänzungen:

30 0,56 EUR
35 0,52 EUR
35 0,52 EUR
40 0,48 EUR
40 0,48 EUR
45 0,44 EUR
45 0,44 EUR
50 0,40 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.

**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 Annahmeweg und keine Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie die Begrenzung von Zuschlägen zum Ausgleich 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

Datum (Tag/Monat/Jahr)

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

X

☐ Es wird bestätigt, dass der Antrag in Deutschland unterschrieben wurde

Datum (Tag/Monat/Jahr)

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

X

***) Beihilfestatus**

B = Beihilfeberechtigte/-r
V = Versorgungsempfänger/-in
V90Sa = Versorgungsempfänger mit mehr als 1 Kind (auf Dauer 90 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024
E = berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in, eingetragene/-r Lebenspartner/-in
E2 = Berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in, eingetragene/-r Lebenspartner/-in (mit mehr als 1 Kind in der Familie) (Schleswig-Holstein)
E70Sa = Berücks. Ehegatte mit (Befreiung von) GKV-Pflicht der Rentner (70 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024
E90Sa = Berücksichtigungsfähige/-r Ehegatte/-in (90 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024
K = berücksichtigungsfähiges Kind
K3 = Berücksichtigungsfähiges Kind (mit mehr als 2 Kindern in der Familie) (Schleswig-Holstein)
K90Sa = Berücksichtigungsfähiges Kind (90 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024
H = (Freie) Heilfürsorge

B1 = Beihilfeberechtigte/-r /1 Kind (Sachsen ab 01.01.2024)
B2 = Beihilfeberechtigte/-r/2 Kinder
B2-Sa = Beihilfeberechtigte/-r/mehr als 1 Kind zwischen 01.01.2013 und 31.12.2023/ dauerhaft 70% Beihilfe Sachsen ab 01.01.2013
B90Sa = Beihilfeberechtigte/-r/mehr als 1 Kind (auf Dauer 90 % Beihilfe) Sachsen ab 01.01.2024
H1 = Heilfürsorgeberechtigte/-r/1 Kind (Sachsen ab 01.01.2024)
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 Inanspruchnahme Pauschal-Beihilfe (Aktuell Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein und 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

Bei Angestellten:

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

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

Hinweis zum Beihilfeland Sachsen ab 01.01.2024:

Unsere Angebote setzen voraus, dass der Anspruch auf Beihilfe des Landes Sachsen im Zusammenhang steht mit dem Erhalt von Anwärterbezügen, Besoldung, Ruhegehalt, Witwen-/Witwergeld oder Waisengeld (nach § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 Buchstabe a) des Sächsischen Beamtengesetzes). Sollte dies nicht der Fall sein (z. B. wegen Erhalt von Übergangsgeld oder Unterhaltsgeld), informieren Sie uns bitte.

