



Annahmerichtlinien

für die **LKH-Hauptverkaufstarife**

Stand 07/2026

Inhalt

I. Annahmerichtlinien für das Neugeschäft4

1. Wartezeiten 4

2. Eintrittsalter 5

2.1 Mindestalter 5

2.2 Personen in der Ausbildung 5

2.3 Notwendige zusätzliche Unterlagen ab dem Eintrittsalter 55 für die Krankheitskostenvollversicherung 6

2.4 Krankenhauszusatzversicherung: Sonderbedingungen für Erwachsene bis zur
Vollendung des 45. Lebensjahres 6

2.5 Zahnzusatzversicherung: Sonderbedingungen für Erwachsene bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres 6

3. Bonität 6

4. Erstwohnsitz und Versicherungsstatus 6

4.1 Voraussetzungen für die Krankheitskostenvollversicherung 6

4.2 Hinweis für die Krankheitskostenvollversicherung/Beihilfeversicherung/Zusatzversicherung 6

4.3 Voraussetzungen für die Krankentagegeldversicherung 6

4.4 Voraussetzungen für die Krankenhauszusatzversicherung 7

4.5 Voraussetzungen für die Zahnzusatzversicherung 7

4.6 Voraussetzungen für die Beitragsentlastung im Alter 7

5. Versicherung von Kindern in der Krankheitskostenvollversicherung7

5.1 Alleinversicherung in der Krankheitskostenvollversicherung7

5.2 Kindernachversicherung in der Krankheitskostenvollversicherung7

6. Ablehnungsdiagnosen und Zusatzerklärungen in der Krankheitskostenvoll-, Beihilfe- und Zusatzversicherung7

6.1 Ablehnungsdiagnosen in der Krankheitskostenvoll- und -zusatzversicherung (Orientierungshilfe)7

6.2 Medizinische Zusatzerklärungen 8

7. Annahmefähigkeit bedingt durch den Beruf 9

7.1 Nicht versicherbare Berufe 9

7.2 Bedingt versicherbare Berufe in der Krankheitskostenvollversicherung 9

7.3 Erweiterung Krankentagegeld: Nicht versicherbare Berufe 9

8. Absicherung im Ausland 10

8.1 Voraussetzung der Versicherbarkeit im Ausland 11

9. Tarifkombinationen 11

II. Erläuterungen zur Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte 12

1. Das Beihilfe-Konzept der LKH 12

2. Besonderheiten für Beamtenanwärter und Referendare 13

III. Erläuterungen zu den Krankentagegeldtarifen 14

1. Berechnung Absicherung Krankentagegeld.....	14
1.1 Privat krankenversicherte Arbeitnehmer	14
1.2 Gewerbetreibende und Freiberufler.....	14
2. Neugründung des Gewerbes	14
3. Berufsgruppenbezogene Einschränkungen	15

IV. Erläuterung zu den Tarifen mit Zahnkostenerstattung 17

1. Risikozuschläge oder Ablehnung bei fehlenden und ersetzten Zähnen im Rahmen der Krankheitskostenvollversicherung.....	17
2. Risikozuschläge bei fehlenden und ersetzten Zähnen im Rahmen der Zahnzusatzversicherung.....	17
2.1 Zahnschäden/fehlende bisher nicht ersetzte Zähne	17
2.2 Risikozuschläge.....	18
3. Weitere Hinweise zu Zahnbehandlungen und Zahnersatzmaßnahmen	18

V. Erläuterung zur Beitragsentlastung im Alter 18

1. Beginn der Beitragsentlastung	18
2. Entlastungsbetrag	18
3. Grundversicherungen.....	18

I. Annahmerichtlinien für das Neugeschäft

Das vorliegende Dokument gibt einen Überblick über das Tarifangebot der LKH und die damit verbundenen Annahmerichtlinien für das Neugeschäft. Die Regelungen gelten für alle Vertriebswege.

Hinweise:

- Generell gelten für jeden Tarif im Versicherungsvertrag die Allgemeinen Versicherungs- und Tarifbedingungen.
- In den folgenden Kapiteln sind die Tarife der Krankheitskostenvollversicherung für Angestellte, Selbstständige und Beamte unter der Kategorie Krankheitskostenvollversicherung zusammengefasst. Ausnahmen werden separat erwähnt.

1. Wartezeiten

Folgende Regelungen gelten für die allgemeine Wartezeit:

Art der Versicherung	Tarife	Regelungen
Krankheitskosten-vollversicherung/ Beihilfeversicherung	GUP, GUK, B, BEP, BEK, BK, BKT	Die LKH verzichtet auf allgemeine Wartezeit. Ausnahmen: • Künstliche Herbeiführung der Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung) und Kryo-Konservierung: Bestehen des Tarifs seit mindestens 8 Monaten • Vorübergehende Beitragsbefreiung bei Kindernachversicherung: Bestehen des Tarifs seit mindestens 8 Monaten für eine Beitragsfreistellung eines nachversicherten Kindes • Vorübergehende Beitragsbefreiung in der Elternzeit bzw. während des Bezugs von Elterngeld: Bestehen des Tarifs seit mindestens 8 Monaten
	A/S/Z, B, BEK, BEP, BK, BKT	Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate ab Versicherungsbeginn. Ausnahmen: • Entfällt bei Unfällen und für den Ehegatten oder den Lebenspartner gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird • Entbindung: Acht Monate • Zahnbehandlung, Zahnersatz, und Kieferorthopädie: Acht Monate • Antrag auf Erlass der Wartezeit durch besondere Vereinbarung möglich bei Vorlage eines ärztlichen Attestes
Pflegepflichtversicherung	PPV	Die Wartezeit berechnet sich in Abhängigkeit vom technischen Versicherungsbeginn und beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrags zwei Jahre. Ausnahmen: • Versicherungsverhältnis bestand nicht mindestens zwei Jahre innerhalb der letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrags • Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt • Bei Ausscheiden aus der sozialen Pflegepflichtversicherung oder beim Wechsel von der privaten Pflegepflichtversicherung wird die nachweislich dort ununterbrochene zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet
Krankentagegeld	KTA/KTS	Die LKH verzichtet auf die allgemeine und besondere Wartezeit. Ausnahme: • Die Wartezeit beträgt 8 Monate ab Versicherungsbeginn, sofern die Mutterschutzfrist oder der Entbindungstag in diesen Zeitraum fällt.
Krankenhauszusatzversicherung	KUP (L), KUT (L)	Die allgemeine Wartezeit entfällt.
Zahnzusatzversicherung	ZU50, U70+(L), ZU90+(L)	Die allgemeine Wartezeit entfällt.

2. Eintrittsalter

Das Eintrittsalter ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn und dem Geburtsjahr (Beginnjahr ./ Geburtsjahr), unabhängig vom Beginnmonat oder Geburtsmonat.

Für die Krankheitskostenvollversicherung/Beihilfeversicherung, Pflegepflichtversicherung, Beitragsentlastung im Alter und die Krankentagegeldversicherung gilt eine Aufnahmefähigkeit im Neugeschäft bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres (= 60. Geburtstag).

2.1 Mindestalter

Grundsätzlich ist kein Mindestalter vorgesehen. Ausnahmen gelten für folgende Tarife:

- Krankheitskostenvollversicherung/Beihilfeversicherung/Optionstarif:
Ab vollendetem 2. Lebensjahr (= 2. Geburtstag) (Kinderalleinversicherung ohne mitversichertes Elternteil)
- Beitragsentlastung im Alter:
Ab vollendetem 21. Lebensjahr (= 21. Geburtstag)

2.2 Personen in der Ausbildung

Versicherungsfähig nach den besonderen Bedingungen sind Personen, die sich in Ausbildung (z. B. Beamtenanwärter, Studium) befinden. Details siehe nachfolgende Tabelle.

Art der Versicherung	Tarife	Alter	Voraussetzungen	Ende der Ausbildungskonditionen	Fortsetzungsmöglichkeiten nach Ausbildungsende
Krankheitskostenvollversicherung/Beihilfeversicherung	GUP, GUK B, BEP, BEK, BK, BKT (Kennzeichen „A“)	21–38	Personen, die sich in Ausbildung (z. B. Studium) befinden	a) Mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung endet oder abgebrochen wird oder b) obligatorisch zu Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 38. Lebensjahres (= 38. Geburtstag) folgt	Die Versicherung wird ab diesem Zeitpunkt zu den allgemeinen Bedingungen (mit Bildung von Alterungsrückstellungen) fortgeführt. Als Eintrittsalter gilt dann für die Beitragsberechnung das erreichte Alter
	A/S/Z	21–38	Personen, die sich in Ausbildung (z. B. Studium) befinden	a) Mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung endet oder abgebrochen wird oder b) obligatorisch zu Beginn des Monatsersten, der auf die Vollendung des 38. Lebensjahres (= 38. Geburtstag) folgt	
	PSKV	21–34	Personen, die sich im Studium befinden	Mit Ablauf des Monats, in dem das Studium endet oder abgebrochen wird oder b) obligatorisch zu Beginn des Monatsersten, der auf die Vollendung des 34. Lebensjahres (= 34. Geburtstag) folgt	
Beihilfe	B, BEP, BEK, BK, BKT (Kennzeichen „B“)	21–38	Personen, a) in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf mit einem Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall im Sinne der Vorschriften des Bundes, der Länder oder Gemeinden, sowie b) deren berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner gemäß § 1 Abs. 1 LPartG, sofern und solange die Person unter a) in einem dieser Tarife versichert ist	a) mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit, b) mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung endet, c) bei vorzeitiger Aufgabe der Ausbildung oder d) bei einer Unterbrechung der Ausbildung von mehr als sechs Monaten.	Für Personen, bei denen unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung zu einem Beamtenberuf Arbeitslosigkeit eintritt und kein Anspruch auf Beihilfe oder anderweitige Leistungen (z. B. aus der gesetzlichen Krankenversicherung) besteht, sowie für die unter Voraussetzungen b) genannten Personen kann längstens für 18 Monate der bestehende Versicherungsschutz in der 100% Stufe fortgeführt werden.

Um die Sonderkonditionen zu erhalten, muss ein entsprechender Nachweis (z. B. eine Immatrikulationsbescheinigung, Ausbildungserklärung o.ä.) innerhalb von zwei Monaten nach Antragstellung eingereicht werden. Andernfalls gilt rückwirkend der reguläre Beitrag.

2.3 Notwendige zusätzliche Unterlagen ab dem Eintrittsalter 55 für die Krankheitskostenvollversicherung

Ab der Vollendung des 55. Lebensjahres (= 55. Geburtstag) ist die Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes und Zahnschemas erforderlich. Dieses muss von einem in Deutschland praktizierenden Arzt/Zahnarzt ausgestellt sein. Hierfür sind primär die Formulare der LKH zu verwenden und alle Fragen vollständig zu beantworten.

Art des Zeugnisses	Eintrittsalter
Ärztlicher Befundbericht	Ab der Vollendung des 55. Lebensjahres (= 55. Geburtstag)
Zahnschema	

Die Kosten für den ärztlichen Befundbericht und das Zahnschema trägt der Antragsteller. Die Berichte müssen spätestens 6 Wochen nach Antragstellung vorgelegt werden und dürfen nicht älter als 6 Wochen sein.

2.4 Krankenhauszusatzversicherung: Sonderbedingungen für Erwachsene bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen der Tarife KlinikUpgrade Plus und KlinikUpgrade Top können Sonderbedingungen vereinbart werden, die eine Versicherung erwachsener Personen bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres (= 45. Geburtstag) ohne Bildung von Altersrückstellungen ermöglichen.

2.5 Zahnzusatzversicherung: Sonderbedingungen für Erwachsene bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen der Tarife ZahnUpgrade 70+ ZahnUpgrade 90+ können Sonderbedingungen vereinbart werden, die eine Versicherung erwachsener Personen bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres (= 55. Geburtstag) ohne Bildung von Altersrückstellungen ermöglichen.

3. Bonität

Personen mit erheblichem Bonitätsrisiko sind in der Krankheitskostenvollversicherung/Beihilfeversicherung nicht versicherbar. Hierzu gehören u.a. Anträge auf Vollstreckungsbescheide, Insolvenzverfahren, die Verweigerung der Vermögensauskunft oder ein bestehender Beitragsrückstand beim Vorversicherer von mehr als einen Monatsbeitrag.

4. Erstwohnsitz und Versicherungsstatus

Die Versicherbarkeit des Antragsstellers wird unter anderem bedingt durch seinen Erstwohnsitz und bisherigen Krankenversicherungsstatus. Die Voraussetzungen werden im Rahmen der Antragsstellung produktabhängig geprüft.

4.1 Voraussetzungen für die Krankheitskostenvollversicherung/Beihilfeversicherung

- Erstwohnsitz des Antragsstellers zum Zeitpunkt der Antragsstellung seit mindestens 3 Jahren in Deutschland oder in den Ländern des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR), Schweiz oder Großbritannien

und

- Bestehende Vorversicherung (deutsche GKV oder PKV) seit mindestens 24 Monaten

Zum Nachweis beider Voraussetzungen sind folgende Unterlagen einzureichen:

- Bei Staatsbürgerschaft nicht D/EU/EWR: Zusätzliche Ausweiskopie und Kopie Aufenthaltstitel (mindestens 12 Monate Gültigkeit ab Versicherungsbeginn) bei Ausländern
- Mitgliedsbescheinigung des Vorversicherers
 - i. Beginn und Status des Versicherungsschutzes
 - ii. Umfang des Versicherungsschutzes

Hinweis: Eine Auslandsreisekrankenversicherung kann nicht als Vorversicherung angerechnet werden.

Anforderungen bei Nichterfüllung der Voraussetzungen

Werden die Voraussetzungen gemäß 4.1 nicht erfüllt, ist die Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes und Zahnschemas erforderlich. Dieses muss von einem in Deutschland praktizierenden Arzt/Zahnarzt ausgestellt sein. Hierfür sind die Formulare der LKH zu verwenden und alle Fragen vollständig zu beantworten.

4.2 Hinweis für die Krankheitskostenvollversicherung/Beihilfeversicherung/Zusatzversicherung

Grenzgänger Schweiz und Österreich sind nicht versicherbar im Neugeschäft.

4.3 Voraussetzungen für die Krankentagegeldversicherung

- Erstwohnsitz des Antragsstellers zum Zeitpunkt der Antragsstellung in Deutschland

und

- Bestehende oder gleichzeitig beantragte Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer

4.4 Voraussetzungen für die Krankenhauszusatzversicherung

Versicherungsfähig sind Personen,

- die Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben

oder

- Einen vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn haben

4.5 Voraussetzungen für die Zahnzusatzversicherung

Versicherungsfähig sind Personen, die Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben.

4.6 Voraussetzungen für die Beitragsentlastung im Alter

Versicherungsfähig sind Personen mit einer bei der LKH bestehenden Grundversicherung. Eine Grundversicherung im Sinne dieser Bedingungen ist eine Krankheitskostenversicherung, die den im Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ganz oder teilweise ersetzt (substitutive Krankenversicherung). Dazu zählen sowohl Krankheitskostenvollversicherungen als auch beihilfekonforme Restkostenversicherungen (gemäß Erläuterung zur Beitragsentlastung V.)

5. Versicherung von Kindern in der Krankheitskostenvollversicherung/Beihilfeversicherung**5.1 Alleinversicherung in der Krankheitskostenvollversicherung/Beihilfeversicherung**

Eine Alleinversicherung von Kindern in der Krankheitskostenvollversicherung ab der Geburt ist nicht möglich. Ab der Vollendung des 2. Lebensjahres (= 2. Geburtstag) ist eine Alleinversicherung möglich, wenn:

- ein nahtloser Übertritt aus einer deutschen gesetzlichen oder deutschen privaten Krankheitskostenvollversicherung vorliegt

und

- bei Antragsstellung alle bis dahin durchgeführten U-Untersuchungen mit eingereicht wurden. Dies gilt bis zum 6. Lebensjahr (= 6. Geburtstag)

und

- alle Gesundheitsfragen beantwortet wurden

und

- der die Versicherung des Kindes beantragende Versicherungsnehmer volljährig ist.

5.2 Kindernachversicherung in der Krankheitskostenvollversicherung/Beihilfeversicherung

Kinder können als versicherte Person nachversichert werden. Dabei darf der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Dies gilt nicht für etwaige Selbstbehalte, die in den Tarifen des betreffenden Elternteils vereinbart sind. Eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils ist nicht erforderlich.

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.

6. Ablehnungsdiagnosen und Zusatz-erklärungen in der Krankheitskostenvoll-, Beihilfe- und Zusatzversicherung

Liegt ein versicherungsmedizinisches Risiko (Vorerkrankung) vor, kann es zur Ablehnung eines Antrags kommen, soweit die LKH nicht aufgrund anderer Regelungen zum Vertragsschluss – ggf. mit einem Risikozuschlag – verpflichtet ist

6.1 Ablehnungsdiagnosen in der in der Krankheitskostenvoll-, Beihilfe- und Zusatzversicherung (Orientierungshilfe)

Nachfolgend eine Auflistung von Vorerkrankungen, die zu einer Ablehnung führen:

Nicht versicherbare Vorerkrankungen

Alzheimer Krankheit
Aneurysma (Gefäßerkrankung)
Angststörungen
Anorexie (Magersucht)
Arteriosklerose
Arthrose der großen Gelenke
Bauchspeicheldrüsenerkrankung
Bechterewsche Krankheit
Bipolare affektive Störung
Bulimie (Ess-Brech-Sucht)
Bypass-Operation
Chronische Lebererkrankungen
Delir (Verwirrtheitszustand)
Demenz
Depression
Diabetes
Enzephalitis (Gehirnentzündung)
Epileptischer Anfall/Epilepsie
Gangrän („Brand“)
Hämophilie
Hemiparese (Halbseitenlähmung)
Herzinfarkt
Herzklappenerkrankungen
Hirntumore
HIV-Infektion

Hydrozephalus (Wasserkopf)
Hyperlipoproteinämie A
Immundefekte
Implantation eines Herzschrittmachers
Kinderlähmung
Krebs (alle Formen)
Lähmung
Leukämie (Blutkrebs)
Lungenfibrose
Lymphom, malignes
Makuladegeneration (Auge)
Mukoviszidose (erbl. Stoffwechselstörung)
Multiple Sklerose (MS)
Muskelschwund (-dystrophie)
Myelitis (Rückenschmerzentszündung)
Nekrose (Absterben von Gewebe)
Nephritis, chronisch (Nierenentzündung)
Oesophagusvarizen
Organtransplantate
Osteomyelitis (Knochenmarksentzündung)
Parkinson-Syndrome
Persönlichkeitsstörungen
Polyarthrit
Psychose
Querschnittslähmung
Rheuma
Sarkoidose II und III (Lungenerkrankung)
Schizophrenie
Schlafapnoe
Schlafkrankheit
Schlaganfall
Schrumpfnieren
Substanzabhängigkeiten
Suchterkrankungen
Syphilis (Geschlechtskrankheit)
Trisomie (Chromosomen-Anomalie)
Verhaltensstörung
Verschlusskrankheit (Gefäße)
Wahnhafte Störung
Zwangsstörungen
Zystennieren

Hinweis: Diese Liste dient als Hilfsmittel zur Risikoeinschätzung und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Bei individueller Prüfung des Risikos können sich auch nicht in der Liste geführte Erkrankungen als nicht versicherbar erweisen.

Die LKH nimmt nicht an der Öffnungsaktion für Beamte und deren Angehörige teil.

6.2 Medizinische Zusatzerklärungen

Für bestimmte Vorerkrankungen ist die Einreichung einer Zusatzerklärung bei Antragsstellung notwendig.

Krankheitsbild

Allergische Erkrankungen
Atemwegs- und Lungenerkrankungen
Erkrankungen der Augen
Erkrankungen der Ohren und des Gehöres
Gelenkerkrankungen
Gynäkologische Erkrankungen
Hauterkrankungen
Herz- und Kreislauferkrankungen
Leber-, Bauchspeicheldrüsen- und Gallenerkrankungen
Magen- und Darmerkrankungen
Migräne und Kopfschmerz
Muttermale
Nieren- und Harnwegserkrankungen
Schilddrüsenenerkrankungen
Übergewicht
Venenerkrankung
Wirbelsäulenerkrankung

7. Annahmefähigkeit bedingt durch den Beruf

Bestimmte Berufe können im Rahmen der Antragsprüfung zu einer Ablehnung oder zu der Notwendigkeit weiterer Prüfungen führen.

7.1 Nicht versicherbare Berufe

Folgende Personengruppen sind nicht versicherbar (Aufzählung nicht abschließend):

- Personen, die erwerbs- und berufsunfähig und/oder Empfänger sozialer Hilfeleistungen sind wie Arbeitslosengeld II, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente, Versorgungsempfänger, u. ä.
- Personen mit schwankendem Einkommen, wie Gelegenheitsarbeiter, Saisonarbeiter, Schausteller, u. ä.
- Inhaber von Beherbergungs- und Restaurationsbetrieben, wie Eisdielen, Shishabars und Gaststätten, u. ä., soweit sie in diesem Beruf weniger als 3 Jahre selbstständig sind
- Personen mit risikoreichen Berufen, wie Detektive, Taucher, Sprengmeister, See- und Binnenschiffer, Personenschützer/Bodyguards u. ä.
- Personen, deren Berufsausübung von besonderen künstlerischen Fähigkeiten abhängt, wie Bildhauer, Tätowierer, Komponisten, Musiker, Regisseure, Sänger, Schauspieler, Schriftsteller, Tänzer; auch Akrobaten, Artisten, Dressmen, Dompteure, Fotomodelle, Mannequins, E-Sportler, Influencer, Diskjockeys u. ä.
- Personen, deren Berufsausübung von besonderen sportlichen Fähigkeiten abhängt, wie Bereiter, Bergführer, Jockeys, Sportlehrer (u. a. Golf-, Reitlehrer, Tennistrainer), Berufs- und Vertragssportler, auch, soweit diese Angestellte eines Vereins sind, u. ä.
- Personen, die als Prostituierte, Callboy, Servicepersonal im Bar- und Gastronomiebereich u. ä. tätig sind

7.2 Bedingt versicherbare Berufe in der Krankheitskostenvollversicherung

- Hausfrauen/-männer können als versicherte Person in gleichartigen Tarifen wie der Versicherungsnehmer mitversichert werden, sofern der Versicherungsnehmer die Annahmekriterien erfüllt

Hausfrauen/-männer sind als Versicherungsnehmer versicherbar, wenn der Ehe- bzw. in häuslicher Gemeinschaft¹ lebende Lebenspartner nachweislich privat krankenvollversichert ist oder wenn nachweislich Einkünfte bezogen werden (gilt für alleinstehende Hausfrauen/-männer, Witwen/r, Rentner, Privatier)

Ausnahme Beihilfe

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).

7.3 Erweiterung Krankentagegeld: Nicht versicherbare Berufe

Zusätzlich zu den unter Punkt 7.1 genannten Berufsgruppen, gelten im Krankentagegeld folgende weitere Einschränkungen.

- Personen, die im Krankheitsfall keinen Verdienstausschlag haben (z. B. Privatiers)
- Geringfügig Beschäftigte
- Gewerbetreibende mit Reisegewerbeschein und fliegende Händler
- Piloten und fliegendes Personal

¹ Häusliche Gemeinschaft bedeutet eine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft. Unterschiedliche Eintragungen hinsichtlich des Wohnortes im amtlichen Melderegister gelten als Nichtbestehen bzw. Beendigung der häuslichen Gemeinschaft.

8. Absicherung im Ausland

Der Versicherungsschutz erstreckt sich grundsätzlich auf Heilbehandlungen in den Staaten der EU bzw. des EWR.

Art der Versicherung	Tarife	Zeitraum Auslandsaufenthalt außerhalb EU/EWR	Beitragszuschlag	Versicherungsmöglichkeit
Krankheitskostenvollversicherung/ Beihilfeversicherung	GUP, B, BEP, BEK, BK, BKT	Bis zu 12 Monate	–	• Uneingeschränkter Versicherungsschutz im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)* und • Uneingeschränkter Versicherungsschutz für die ersten zwölf Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts außerhalb des EWR • Vertragsfortsetzung durch besondere Bedingungen um zunächst maximal fünf weitere Jahre außerhalb des EWR (Beitrag plus Zuschlag) • Verpflichtung der LKH: Weitere Verlängerung über die ersten fünf Jahre hinaus für maximal fünf weitere Jahre zu aktuellen Konditionen (Beitrag plus Zuschlag)
		Verlängerung um weitere 5 Jahre (insg. max. 6 Jahre)	x	
		Verlängerung um weitere 5 Jahre (insg. max. 11 Jahre)	x	
	GUK			• Uneingeschränkter Versicherungsschutz im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)* und • Uneingeschränkter Versicherungsschutz für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts außerhalb des EWR
	A/S/Z	Bis zu 6 Wochen	–	• Uneingeschränkter Versicherungsschutz im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)* und für die ersten sechs Wochen eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts außerhalb des EWR
		Ab 6 Wochen	x	• Ohne anderweitige Vereinbarung endet das Versicherungsverhältnis bei Auslandsaufenthalt über sechs Wochen außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR)* • Bei anderweitiger Vereinbarung kann ein Beitragszuschlag (Risikozuschlag) verlangt werden
Pflegepflichtversicherung	PPV	Bis zu 6 Wochen	–	• Uneingeschränkter Anspruch auf Pflegegeld im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)* oder der Schweiz • Keine Leistungspflicht außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR)* oder der Schweiz • Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb des EWR von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden folgende Leistungen erbracht – (Anteiliges) Pflegegeld – Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen – Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen
		Ab 6 Wochen	–	• Uneingeschränkter Anspruch auf Pflegegeld im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)* oder der Schweiz • Ohne anderweitige Vereinbarung endet das Versicherungsverhältnis mit Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichem Aufenthalt des Versicherungsnehmers ins Ausland über sechs Wochen außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR)*

* Europäischer Wirtschaftsraum (EWR): Hierzu zählen alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union und die Länder Island, Liechtenstein und Norwegen

Kranken- tagegeld- versicherung	KTA/ KTS	Bis zu 12 Monate	-	• Uneingeschränkter Versicherungsschutz im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)* und für die ersten zwölf Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts außerhalb des EWR bei Arbeitsunfähigkeit durch - akut eingetretene Erkrankungen und solange die versicherte Person nachweislich die Rückreise nicht antreten kann - für akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus • Durch eine befristete Vereinbarung und angemessenem Beitragszuschlag (Risikozuschlag) kann der Versicherungs- schutz außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR)* zeitlich befristet ausgedehnt werden
---------------------------------------	-------------	------------------	---	---

8.1 Voraussetzung der Versicherbarkeit im Ausland

- Aufenthaltsland darf kein Kriegs- oder Krisengebiet sein

- Europäisches SEPA-Konto
- Angabe einer Korrespondenzadresse im Ausland

9. Tarifikombinationen

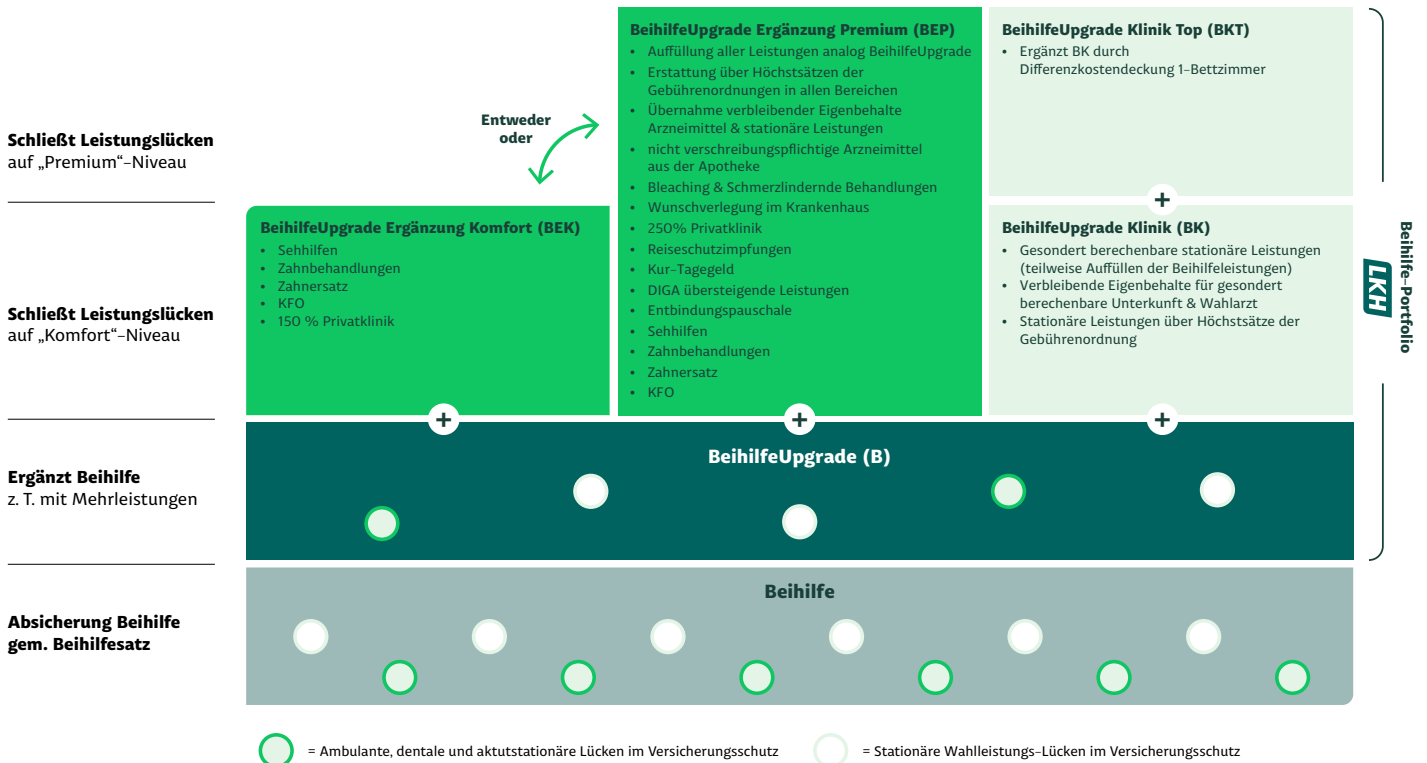
Nachstehend eine Produktübersicht der möglichen Tarifikombinationen.

	GUP, GUK	A/S/Z	B, BEP, BEK, BK, BKT	OPTI	PZU	PTGU2- PTGU5	GEPV	AKV*	KHTU	PPV	KTA/ KTS*	ZU50- ZU90+	KUP(L)/ KUT(L)
GUP, GUK	-	-	-	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein
A/S/Z	-	-	-	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein
B, BEP, BEK, BK, BKT	-	-	-	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	nein
OPTI	ja	ja	ja	-	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja
PZU	ja	ja	ja	ja	-	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
PTGU2- PTGU5	ja	ja	ja	ja	ja	-	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
GEPV	ja	ja	ja	ja	ja	ja	-	ja	ja	ja	ja	ja	ja
AKV*	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	-	ja	ja	ja	ja	ja
KHTU	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	-	ja	ja	ja	ja
PPV	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	-	ja	ja	ja
KTA/ KTS*	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	-	nein	nein
ZU50- ZU90+	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	-	ja
KUP(L)/ KUT(L)	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	-

* Nicht allein abschließbar

II. Erläuterungen zur Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte

1. Das Beihilfe-Konzept der LKH (schematische Darstellung, genaue Leistungsbeschreibung s. AVB)



Der Tarif BeihilfeUpgrade (Restkostentarif) bildet die grundlegende Absicherung und ist die Voraussetzung, um einen substitutiven Versicherungsschutz zur Beihilfe zu erhalten. Er stellt damit das Fundament des Versicherungsschutzes dar, deckt jedoch noch nicht alle Leistungslücken vollumfänglich ab, die für einen vollwertigen PKV-Schutz erforderlich sind.

Zur gezielten Schließung dieser verbleibenden Leistungslücken steht der Ergänzungstarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort oder BeihilfeUpgrade Ergänzung Premium zur Verfügung. Diese Tarife übernehmen insbesondere Kosten, die aufgrund einer teilweise geringeren Erstattung durch die Beihilfe entstehen, und erweitern darüber hinaus den Leistungsumfang des Tarifs BeihilfeUpgrade. Die Ergänzungstarife bauen somit unmittelbar auf dem BeihilfeUpgrade auf.

Dabei kann entweder der Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Komfort oder der Tarif BeihilfeUpgrade Ergänzung Premium abgeschlossen werden – eine Kombination beider Tarife ist nicht möglich. Endet oder ruht der Tarif BeihilfeUpgrade, entfällt gleichzeitig die Versicherungsfähigkeit im jeweils abgeschlossenen Ergänzungstarif.

Ergänzend zum Restkostentarif – und gegebenenfalls zu den Ergänzungstarifen – können stationäre Wahlleistungen über die Tarife BeihilfeUpgrade Klinik und BeihilfeUpgrade Klinik Top abgesichert werden. Der Tarif BeihilfeUpgrade Klinik Top ist dabei ausschließlich in Kombination mit dem Tarif BeihilfeUpgrade Klinik der LKH abschließbar. Endet der Tarif BeihilfeUpgrade Klinik, endet automatisch auch der Tarif BeihilfeUpgrade Klinik Top.

2. Besonderheiten für Beamtenanwärter und Referendare

Für Beamten in Ausbildung sind besondere Beamtenanwärtertarifstufen abschließbar.

Versicherungsfähigkeit

Versicherbar sind Beamtenanwärter, Referendare und Personen in vergleichbaren Ausbildungsprogrammen im öffentlichen Dienst. Versicherbar sind darüber hinaus nicht erwerbstätige Ehegatten/eingetragene Lebenspartner dieser Personen, sofern erstere das 38. Lebensjahr (= 38. Geburtstag) noch nicht vollendet haben.

Nachversicherung eines Krankentagegelds bei einem Statuswechsel

Bei einem Statuswechsel (Wegfall des Beihilfeanspruchs) können versicherte Personen und deren berücksichtigungsfähige Angehörige ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Krankentagegeldversicherung unter den folgenden Voraussetzungen bzw. Bedingungen vereinbaren:

- Die jeweilige versicherte Person ist bei der LKH in einer der Pflicht zur Versicherung genügenden Krankheitskostenvollversicherung gemäß § 193 Abs. 3 VVG versichert.
- Selbstständige können Krankentagegeldtarife mit Leistungsbeginn ab dem 29. Tag oder später abschließen.
- Arbeitnehmer können Krankentagegeldtarife mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag oder später abschließen.

Die Höchstgrenze für das pro Tag versicherbare Krankentagegeld beträgt 70 % des 365sten Teiles der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 6 SGB V, gerundet auf 5,00 €. Es gelten die zum Zugangszeitpunkt jeweils aktuellen Versicherungsbedingungen für die Zugangstarife sowie etwaige vereinbarte Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem der Zugangstarif beginnt.

Auf die Wartezeit wird in allen Krankentagegeldtarifen verzichtet.

Ein entsprechender Antrag muss bis zum Ablauf des 6. Monats nach dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit (Wegfall des Beihilfeanspruchs im Krankheitsfall) schriftlich gestellt werden. Wird der Antrag bis zum Ablauf des 2. Monats nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit gestellt, so kann die Umstellung auch rückwirkend zu diesem Zeitpunkt erfolgen.

III. Erläuterungen zu den Krankentagegeldtarifen

1. Berechnung Absicherung Krankentagegeld

Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit resultierende Nettoeinkommen zuzüglich weiterer Einkommensbestandteile (Zuschläge) nicht übersteigen. Hierbei wird das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate, jedoch nicht weniger als das der letzten drei Kalenderjahre vor Eintritt des Versicherungsfalls zugrunde gelegt.

1.1 Privat krankenversicherte Arbeitnehmer

Für Personen mit nichtselbstständiger beruflicher Tätigkeit wird das versicherbare Nettoeinkommen ausgehend von dem in den letzten zwölf Monaten vor Eintritt des Versicherungsfalls erzielten monatlichen Bruttoeinkommen zuzüglich des Arbeitgeberanteils zu den Beiträgen zur privaten Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung abzüglich der Lohn- und Kirchensteuer, dem Solidaritätszuschlag und dem Arbeitnehmeranteil zu den Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung berechnet. Zusätzlich ist eine Absicherung des Arbeitgeberanteils des Beitrags zur Rentenversicherung möglich, sofern Rentenversicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung besteht. Sofern keine Rentenversicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung besteht, ist eine Absicherung des Arbeitgeberzuschusses zur Mitgliedschaft in einem berufsständischen Versorgungswerk möglich.

Berechnung:

Durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate
 + Arbeitgeberanteil zur privaten Krankenversicherung
 + Arbeitgeberanteil zur Pflegepflichtversicherung
 + ggf. Arbeitgeberanteil Rentenbeitrag oder Arbeitgeberzuschuss Versorgungswerk
 - Lohn- und Kirchensteuer, dem Solidaritätszuschlag und dem Arbeitnehmeranteil zu den Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung

= maximal versicherbare Einkommenslücke
 / 30

= versicherbarer Tagessatz

1.2 Gewerbetreibende und Freiberufler

Bei Gewerbetreibenden und Freiberuflern sind 80 % des Gewinns vor Steuern gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommenssteuergesetz aus der angegebenen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar. Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit noch nicht ermittelt werden kann, so tritt an dessen Stelle bis zum Wirksamwerden des ersten Einkommensteuerbescheids ein jeweils bei Vertragsbeginn aufgrund von durchschnittlichen Erfahrungswerten vereinbarter Betrag, soweit der sich daraus ergebende versicherbare Tagessatz den Tageshöchstsatz des Krankengeldes für Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt.

Berechnung:

Umsatz
 ./. Fixkosten
 ./. variable Kosten
 ./. Abschreibungen
 = Gewinn (vor Steuern) x 80 %
 = Maximal versicherbare Einkommenslücke

360

2. Neugründung des Gewerbes

Gewerbetreibende und Freiberufler gemäß 1.2, deren Gewerbe zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch keine 36 Monate besteht, gelten als Existenzgründer. Innerhalb der ersten drei Jahre nach Gründung sind die Höchstgrenzen gemäß „3. Berufsgruppenbezogene Einschränkungen“ zu beachten. Nach Ablauf von drei Jahren kann eine Erhöhung des Tagessatzes vorgenommen werden.

3. Berufsgruppenbezogene Einschränkungen

Alle angegebenen Höchstgrenzen gelten auch für Kombinationen mit anderen KT niedrigerer Karenzzeiten sowie für Kombinationen mit bestehenden KT bei anderen Versicherungsunternehmen.

Berufsgruppe	Tarif	Leistung ab Tag...	Höchstgrenze
Arbeitnehmer	KTA43	43	400
	KTA92	92	400
	KTA183	183	400
	KTA274	274	400
	KTA365	365	400

Berufsgruppe	Tarif	Leistung ab Tag...	Höchstgrenze
Gewerbetreibende	KTS8	8	200
	KTS15	15	200
	KTS22	22	300
	KTS29	29	300
	KTS43	43	500
	KTS92	92	500
	KTS183	183	500
	KTS274	274	500
	KTS365	365	500

Berufsgruppe	Tarif	Leistung ab Tag...	Höchstgrenze
Freiberufler	KTS8	8	200
	KTS15	15	200
	KTS22	22	300
	KTS29	29	300
	KTS43	43	500
	KTS92	92	500
	KTS183	183	500
	KTS274	274	500
	KTS365	365	500

Berufsgruppe	Tarif	Leistung ab Tag...	Höchstgrenze
Existenzgründer (in den ersten 3 Jahren nach Gründung der Firma, unabhängig von der Person)	KTS15	15	50
	KTS22	22	100
	KTS29	29	150
	KTS43	43	150
	KTS92	92	150
	KTS183	183	150
	KTS274	274	150
	KTS365	365	150

Berufsgruppe	Status	Tarif	Leistung ab Tag...	Höchstgrenze
Ärzte, Zahnärzte	Angestellt	KTA43	43	500
		KTA92	92	500
		KTA183	183	500
		KTA274	274	500
		KTA365	365	500
	Niedergelassen	KTS8	8	200
		KTS15	15	300
		KTS22	22	400
		KTS29	29	400
		KTS43	43	500
		KTS92	92	500
		KTS183	183	500
		KTS274	274	500
		KTS365	365	500
Existenzgründer, Freiberufler (in den ersten 3 Jahren nach Gründung, z. B. Ärzte, Zahnärzte, Rechtsanwälte, Steuerberater usw.)		KTS15	15	250
		KTS22	22	250
		KTS29	29	250
		KTS43	43	250
		KTS92	92	250
		KTS183	181	250
		KTS274	274	250
		KTS365	365	250

IV. Erläuterung zu den Tarifen mit Zahnkostenerstattung

1. Risikozuschläge oder Ablehnung bei fehlenden und ersetzten Zähnen im Rahmen der Krankheitskostenvollversicherung und Beihilfeversicherung

Bei Antragstellung von Krankheitskostenvollversicherungstarifen mit Zahnkostenerstattung können bis zu vier fehlende und bis zu sieben ersetzte bzw.

überkronte Zähne in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden. Für die damit verbundenen Risikozuschläge gilt folgendes Bewertungsschema:

		Anzahl fehlender Zähne ¹⁶ (wenn noch nicht ersetzt; ein vollständiger Lückenschluss ist nicht als fehlender Zahn anzugeben; ohne Milch- und Weisheitszähne)					
		0	1	2	3	4	ab 5
Anzahl ersetzter und/oder überkronter Zähne	0	OE	OE	10,00 EUR	15,00 EUR	20,00 EUR	Ablehnung
	1	OE	OE	10,00 EUR	15,00 EUR	20,00 EUR	Ablehnung
	2	OE	OE	12,50 EUR	18,00 EUR	25,00 EUR	Ablehnung
	3	OE	OE	12,50 EUR	18,00 EUR	25,00 EUR	Ablehnung
	4	OE	OE	12,50 EUR	18,00 EUR	25,00 EUR	Ablehnung
	5	OE	OE	12,50 EUR	18,00 EUR	25,00 EUR	Ablehnung
	6	OE	OE	12,50 EUR	18,00 EUR	25,00 EUR	Ablehnung
	7	OE	OE	12,50 EUR	18,00 EUR	25,00 EUR	Ablehnung
	ab 8	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung	Ablehnung

¹⁶ Milch- und Weisheitszähne werden nicht mitgezählt

Für den tariflichen Einschluss einer so genannten Knirscherschiene (Aufbissbehelf) in den Versicherungsschutz ist ein monatlicher Risikozuschlag von 25 EUR erforderlich. Alternativ kann ein dauerhafter Leistungsausschluss vereinbart und auf den Risikozuschlag insoweit verzichtet werden. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind dann die Behandlung mit einer so genannten Aufbiss-/Knirscherschiene einschließlich erforderlicher Reparaturen oder Neuversorgungen mit einer Schiene. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind ferner Untersuchungen und Behandlungen, die im Zusammenhang mit Funktionsstörungen des Kauapparates stehen (z. B. Bruxismus, Craniomandibuläre Dysfunktion). Bitte die gewünschte Option im Antrag vermerken.

Die Risikozuschläge in der Beihilfeversicherung berechnen sich folgendermaßen:

Erfolgt ein Abschluss des Tarifes B ohne einen Ergänzungstarif BEP oder BEK, berechnet sich der Risikozuschlag anhand des Erstattungssatzes. (Beispiel: Risikozuschlag für zwei fehlende Zähne im Rahmen der Absicherung von 50% Restkosten: $10\text{€} \cdot 50\% = 5\text{€}$).

Erfolgt ein Abschluss des Tarifes B mit einen Ergänzungstarif BEP oder BEK, berechnet sich der Risikozuschlag anhand der Tabelle mit einer Aufteilung von 30% / 70%. (Beispiel: Risikozuschlag für zwei fehlende Zähne im Rahmen der Absicherung von 50% Restkosten und dem Tarif BEP oder BEK: $10\text{€} \cdot 30\% = 3\text{€}$ im Restkostentarif plus $10\text{€} \cdot 70\% = 7\text{€}$ im Ergänzungstarif).

Genannte Regelungen gelten gleichermaßen für den Risikozuschlag für die Knirscherschiene (Aufbissbehelf).

2. Risikozuschläge bei fehlenden und ersetzten Zähnen im Rahmen der Zahnzusatzversicherung

2.1 Zahnschäden/fehlende bisher nicht ersetzte Zähne

Tarif	Abschlussmöglichkeit
ZU50	Ein Abschluss ist bis zu 5 fehlenden, noch nicht ersetzten Zähnen möglich. ¹⁷ Der Tarif leistet nicht für bei Vertragsabschluss fehlende, noch nicht ersetzte Zähne. Dies gilt für alle Versorgungsformen inkl. Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen sowie die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.
ZU70+(L)/ ZU90+(L)	Bei mehr als 3 fehlenden Zähnen ist ein Abschluss nicht mehr möglich.

¹⁷ Milch- und Weisheitszähne werden nicht mitgezählt

2.2 Risikozuschläge

Tarife ZU70+(L)/ZU90+(L):

Tarif	Anzahl fehlender Zähne ¹⁸	Höhe des Risiko-zuschlages
ZU70+(L)/ZU90+(L)	1	5,00 EUR
	2	10,00 EUR
	3	15,00 EUR

¹⁸ Milch- und Weisheitszähne werden nicht mitgezählt

3. Weitere Hinweise zu Zahnbehandlungen und Zahnersatzmaßnahmen

Wurden in den letzten 5 Jahren zahnmedizinische Behandlungsmaßnahmen (u. a. Zahnersatz, Implantatversorgung, Kieferorthopädie, Parodontosebehandlung, Wurzelbehandlung, Inlayversorgung, Knirscherschiene / Aufbissbehelf) angeraten, beabsichtigt oder erwogen, die noch nicht abgeschlossen sind, ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes und/oder Zahn-/Parodontosestatus erforderlich.

V. Erläuterung zur Beitragsentlastung im Alter

1. Beginn der Beitragsentlastung

Die monatliche Beitragsreduzierung beginnt in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr (= 67. Geburtstag) vollendet zum Ersten des Monats, der dem Monat des Versicherungsbeginns des Tarifs BEA entspricht (Entlastungsbeginn).

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den ursprünglich vereinbarten Entlastungsbeginn zu verlegen. Dabei kann das Jahr des Entlastungsbeginns nur auf dasjenige Kalenderjahr vorgezogen oder aufgeschoben werden, in dem die versicherte Person das 63., 65., 67. oder 72. Lebensjahr vollendet.

2. Entlastungsbetrag

Der Entlastungsbetrag kann in Vielfachen von 10 € vereinbart werden. Die Mindestabsicherungshöhe beträgt monatlich 10 €.

Der Entlastungsbetrag darf für jede versicherte Person

- maximal die Summe der Beiträge für die Grundversicherung und des dafür erforderlichen Beitragsteils des Beitragsentlastungstarifs in der Entlastungsphase (gemäß Absatz C.2) betragen und
- 150 Prozent des monatlichen Gesamtbeitrags der Grundversicherung nicht übersteigen.

Im Rahmen des zugrunde gelegten Gesamtbeitrags der Grundversicherung werden etwaige Risikozuschläge berücksichtigt, während der Vorsorgezuschlag nach § 149 VAG und Versicherungssteuern nicht einbezogen werden.

Der maximale Entlastungsbetrag wird auf volle 10 € abgerundet.

3. Grundversicherungen

Der Tarif BEA ist zu folgenden Grundversicherungen hinzuversicherbar (versichert bei der LKH):

- Substitutive Krankheitskostenversicherungen, hierzu zählen:
 - Krankheitskostenvollversicherungen
 - Beihilfeversicherung

Zu nachstehenden Tarifen kann der Tarif BEA nicht hinzuversichert werden:

- Standard-, Basis- und Notlagentarif
- Tarife in Ausbildungsstufen
- Pflegepflichtversicherung
- Pflegezusatzversicherung
- Krankenhaustagegeldversicherung
- Krankentagegeldversicherung
- Betriebliche Krankenversicherung
- GKV-Zusatzversicherungen, für die Altersrückstellungen gebildet werden:
 - Zahnzusatzversicherung
 - Krankenhauszusatzversicherung
- GKV-Zusatzversicherungen, für die keine Altersrückstellungen gebildet werden

Berechnung des entlastbaren Höchstbetrages am Beispiel: Angestellter Mann, 35 Jahre

Tarif	Beitrag anrechenbar	Beitrag nicht anrechenbar
GUP500	667,43 €	74,16 € (gesetzlicher Vorsorgezuschlag)
BEA 820	157,85 €	157,85 € (50 % des monatlichen Beitrages von 315,7 €)
KTA43/100		37,60 €
KHTU 50		10,90 €
PVN		66,49 €
Gesamtbeitrag	825,28 €	347 €

Somit können im Beispiel maximal 820 € BEA-Summe versichert werden (abgerundet auf volle 10 €).

Landeskrankenhilfe V. V. a. G.
Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg

www.lkh.de