Hinweise und Erklärungen

Tarifwechsel in andere ARAG Tarife

Warum erhalte ich diese Tarifwechselvorschläge?
Wir sind unter bestimmten Voraussetzungen verpflichtet, Ihnen günstigere Tarife anzubieten. Die Beiträge der angebotenen ARAG Tarife sind dabei immer günstiger als Ihr derzeitiger Versicherungsschutz. Die Leistungen liegen teilweise über dem Niveau Ihres jetzt versicherten Tarifs.

Muss ich für den Tarifwechsel Gesundheitsfragen beantworten?
Der Versicherungsschutz der angebotenen ARAG Tarife ist gegebenenfalls umfangreicher als der Ihres derzeit versicherten Tarifs. Für die Umstufung in einen Tarif mit Mehrleistungen ist eine neue Gesundheitsprüfung und somit ein neuer Antrag erforderlich.

Wie unterscheiden sich Bisex- und Unisex-Variante?
Bisex-Tarife sind geschlechtsabhängig kalkuliert. Das bedeutet, dass sich die Beiträge für Männer und Frauen unterscheiden. In Unisex-Tarifen gibt es hinsichtlich der Beiträge keinen Unterschied auf Grund des Geschlechts.

Wichtig für Kunden, die in Bisex-Tarifen versichert sind:
Unisex-Tarife bilden immer sogenannte Übertragungswerte (Teile der Alterungsrückstellung), die bei einem Wechsel zu einer anderen privaten Krankenversicherung mitgenommen werden können. Mit dem Wechsel in einen Unisex-Tarif ist eine spätere Rückkehr in einen Bisex-Tarif ausgeschlossen. Dies betrifft auch den Standardtarif, der nur in einer Bisex-Variante angeboten wird.

Tarifwechsel in den Basistarif

Umstellung in den Basistarif
Wir sind gesetzlich verpflichtet, Ihnen die Möglichkeit anzubieten, Ihren Versicherungsschutz in den sogenannten Basistarif umzustellen, auch wenn sich möglicherweise Ihr Beitrag dadurch nicht reduziert. Beim Basistarif handelt es sich um einen brancheneinheitlich kalkulierten Tarif. Im Rahmen des Tarifwechsels wird eine Gesundheitsprüfung vorgenommen.

Leistungen und Beitrag
Der Leistungsumfang des Basistarifs ist mit dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Der maximal zu zahlende Beitrag ist auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Für Personen mit Beihilfeanspruch berechnet sich der maximal zu zahlende Beitrag aus dem gesetzlich festgelegten Höchstbeitrag und dem persönlichen Prozentsatz der Beihilferestkosten. Der Beitrag für die private Pflege-Pflichtversicherung ist darin noch nicht enthalten.

Unter welchen Voraussetzungen ist ein Tarifwechsel möglich?
Bitte prüfen Sie, ob der Basistarif für Sie eine Alternative zu Ihrem bisherigen Tarif ist.
Die Aufnahme in den Basistarif ist möglich, wenn Ihr Vertrag nach dem 31.12.2008 geschlossen wurde, oder Sie

- das 55. Lebensjahr vollendet haben,
- eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder die Voraussetzungen für den Rentenbezug erfüllen und diese Rente bereits beantragt haben,
- ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen oder
- hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind.

Was passiert bei Hilfebedürftigkeit?
Besteht Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten (Grundsicherung für Arbeitssuchende) oder des Zwölften (Sozialhilfe) Buches Sozialgesetzbuch, so vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit. Würde durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit bestehen, vermindert sich der Beitrag für die Zeit, für die Hilfebedürftigkeit entstehen würde. Bei bestehender oder durch die Zahlung des Beitrags entstehender Hilfebedürftigkeit verringert sich der Beitrag für den Basistarif auf die Hälfte des Zahlbeitrages, der Beitrag für die private Pflege-Pflichtversicherung auf die Hälfte des Höchstbeitrages.

Tarifwechsel in den Standardtarif

Umstellung in den Standardtarif
Wir sind gesetzlich verpflichtet, Ihnen die Möglichkeit anzubieten, Ihren Versicherungsschutz in den sogenannten Standardtarif umzustellen, auch wenn sich möglicherweise Ihr Beitrag dadurch nicht reduziert. Beim Standardtarif handelt es sich um einen brancheneinheitlich kalkulierten Tarif. Eine Gesundheitsprüfung ist erforderlich, wenn der Standardtarif eine Leistungsverbesserung gegenüber Ihrem aktuellen Versicherungsschutz darstellt.

Leistungen und Beitrag
Der Leistungsumfang des Standardtarifs ist mit dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Der maximal zu zahlende Beitrag ist auf den Höchstbeitrag ohne den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Für Personen mit Beihilfeanspruch berechnet sich der maximal zu zahlende Beitrag aus dem gesetzlich festgelegten Höchstbeitrag und dem persönlichen Prozentsatz der Beihilferestkosten. Für Ehegatten mit einem jährlichen Gesamteinkommen nicht über der Jahresarbeitsentgeltgrenze gilt eine Beitragsbegrenzung auf insgesamt 150 Prozent des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Beitrag für die private Pflege-Pflichtversicherung ist darin noch nicht enthalten.

Was passiert mit einem bestehenden Krankentagegeld?
Bei einem Wechsel in den Standardtarif ist eine bestehende Krankentagegeldversicherung regelmäßig auf den Höchstsatz des Krankengelds der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Ihre Krankentagegeldversicherung reduziert sich ggf. auf diesen Höchstsatz.

Unter welchen Voraussetzungen ist ein Tarifwechsel möglich?
Bitte prüfen Sie, ob der Standardtarif für Sie eine Alternative zu Ihrem bisherigen Tarif ist.
Sie können in den Tarif wechseln, wenn Ihr Vertrag bereits vor dem 01. Januar 2009 geschlossen wurde, Sie nicht zwischenzeitlich in einen Unisex-Tarif gewechselt sind, eine mindestens 10-jährige Vorversicherungszeit in der Krankenvollversicherung besteht und

- das 65. Lebensjahr vollendet ist, oder
- das 55. Lebensjahr vollendet ist und das jährliche Gesamteinkommen nicht über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt, oder
- ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezogen wird und das jährliche Gesamteinkommen nicht über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt.

Ein jährliches Gesamteinkommen nicht über der Jahresarbeitsentgeltgrenze weisen Sie bitte durch geeignete Unterlagen wie zum Beispiel den Einkommenssteuerbescheid des Vorjahres nach.

Zusätzlicher Versicherungsschutz
Bitte beachten Sie, dass neben dem Standardtarif keine weitere private Krankenvoll- oder Krankenzusatzversicherung (z.B. Wahlleistungen im Krankenhaus, Zahnzusatzversicherung) bestehen darf.

20-539 10.2026

Herausgeber: ARAG Krankenversicherungs-AG · Hollerithstraße 11 · 81829 München · www.ARAG.de

ARAG

Private Krankenversicherung

Beihilfe-Tarife im Vergleich

Tarifwechsel – Sie haben die Wahl

Sie haben von uns heute einen Vorschlag zur Umstellung Ihres Versicherungsschutzes erhalten. Hier finden Sie einen Leistungsvergleich mit allen Tarifen unserer privaten Krankenversicherung für Beihilfeberechtigte. Er beinhaltet sowohl Ihren aktuellen Tarif als auch die Tarife aus unserem Vorschlag. Vergleichen Sie also in Ruhe, bevor Sie sich entscheiden.



Unser Vorschlag enthält nur dann einen ARAG Tarif, wenn sich Ihr Beitrag dadurch reduziert. Wir bieten Ihnen aber immer einen brancheneinheitlichen Tarif (Basis- oder Standardtarif) an. Dazu sind wir gesetzlich verpflichtet – auch dann, wenn Ihr Beitrag in diesem Tarif nicht günstiger werden sollte. Falls der angebotene Basis- oder Standardtarif für Sie in Frage kommt, prüfen Sie bitte erst, ob Sie die notwendigen Voraussetzungen für den Wechsel erfüllen. Mehr dazu lesen Sie auf den folgenden Seiten.

Wir wünschen Ihnen beste Gesundheit!

Wenn Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen jederzeit gerne weiter.

089 4124-8282

Wichtig für Sie

Die Erstattungsprozentsätze und Leistungen in der folgenden Tabelle geben für den Basis- und Standardtarif nicht Ihren individuellen Versicherungsschutz wieder. Der ist immer abhängig von Ihrer gewählten Leistungsstufe.
Ein Beispiel: Sie sind in der Leistungsstufe „30 Prozent“ versichert. Wird eine versicherte Leistung von 80 Prozent angegeben, beträgt die tatsächliche Erstattung 30 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Diese werden in Höhe von 80 Prozent angesetzt.

Maßgeblich für den Leistungsumfang sind die dem Versicherungsvertrag konkret zugrunde gelegten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Tarife der Krankenvollversicherung für Beihilfeberechtigte im Vergleich

	PremiumKlasse*	BeihilfeBest / BeihilfeKlinik BeihilfeEinbett	BeihilfeErgänzungBest**	Basistarif*	Standardtarif*
Ambulant					
Facharztbehandlung ohne Überweisung	Bis zu 100 % Erstattung je nach Tarif	**BeihilfeBest** Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe	Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen	100 % Erstattung, aber gebührenrechtliche Einschränkung	100 % Erstattung, aber gebührenrechtliche Einschränkung
Erstattung über Höchstsätzen	Ja	**BeihilfeBest** Ja	Ja, tarifliche Einschränkungen	Nein, (Erstattung unter Regelhöchstsatz)	Nein, (Erstattung unter Regelhöchstsatz)
Arzneimittel	Bis zu 100 % Erstattung je nach Tarif	**BeihilfeBest** Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe	Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen	100 % Erstattung, Zuzahlung von 6 € je Arzneimittel; nur für ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Arzneimittel	80 % Erstattung bis zum Erreichen des jährlichen Selbstbehalts***, dann 100 %; nur für ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Arzneimittel
Heilmittel (z.B. Krankengymnastik)	Bis zu 100 % Erstattung je nach Tarif	**BeihilfeBest** Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe	Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen	100 % Erstattung, 2 € Zuzahlung je Heilmittel sowie 10 € je Verordnung; gemäß Heilmittelverzeichnis	80 % Erstattung bis zum Erreichen des jährlichen Selbstbehalts***, darüber 100 %
Hilfsmittel	Bis zu 100 % Erstattung, je nach Tarif; Für Unisextarife gilt: ab 1.000 € Zusage erforderlich, sonst 80 % Erstattung für die funktionale Standardausführung	**BeihilfeBest** Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe; ab 1.000 € Zusage erforderlich, sonst werden 80 % der Kosten für die funktionale Standardausführung zugrunde gelegt	Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe; ab 1.000 € Zusage erforderlich; sonst keine Leistung (bei Kürzung auf 80 % im Tarif BeihilfeBest)	100 % Erstattung für die Standardausführung, Zuzahlung von 8 € je Hilfsmittel, bzw. 10 € pro Monat für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel; Höchsterstattungsbeträge gem. Versorgung in der GKV	80 % Erstattung bis zum Erreichen des jährlichen Selbstbehalts***, dann 100 %; geschlossener Hilfsmittelkatalog; Höchstgrenzen für bestimmte Hilfsmittel
Vorsorge	Bis zu 100 % Erstattung von gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen; je nach Tarif	**BeihilfeBest** Erstattung von gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen – entsprechend der versicherten Tarifstufe	Erstattung von gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen – entsprechend der versicherten Tarifstufe	100 % für gezielte Vorsorgeuntersuchungen auf Grundlage gesetzlich eingeführter Programme	100 % für gezielte Vorsorgeuntersuchungen auf Grundlage gesetzlich eingeführter Programme
Heilpraktiker	Bis zu 100 % Erstattung, je nach Tarif; bis Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)	**BeihilfeBest** Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe; bis Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)	Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe; bis Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)	Nein	Nein
Sehhilfen	Bis zu 100 % Erstattung, je nach Tarif, max. 105 € für Fassungen, Für Unisextarife gilt: Kontaktlinsen bis zu 300 € innerhalb von 12 Monaten	**BeihilfeBest** Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe bis 600 € Rechnungsbetrag innerhalb von 24 Monaten	Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe bis 600 € Rechnungsbetrag innerhalb von 24 Monaten	Nach Vollendung des 18. Lebensjahres Erstattung nur in Ausnahmefällen. Erstattung in Höhe der Festbeträge der GKV für Brillengläser. Keine Leistung für Fassungen.	Nach Vollendung des 18. Lebensjahres Erstattung nur in Ausnahmefällen. Erstattung in Höhe der Festbeträge der GKV für Brillengläser. Keine Leistung für Fassungen.
Lasik (Augenlasern)	Bis zu 100 % Erstattung, je nach Tarif; Für Unisextarife gilt: max. 1.000 € je Auge in der gesamten Vertragslaufzeit	**BeihilfeBest** Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe bis zu 4.000 € Rechnungsbetrag innerhalb von 60 Monaten, in den ersten 24 Monaten nach Versicherungsbeginn max. 600 € Rechnungsbetrag	Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe bis zu 4.000 € Rechnungsbetrag innerhalb von 60 Monaten, in den ersten 24 Monaten nach Versicherungsbeginn max. 600 € Rechnungsbetrag	Nein	Nein
Ambulante Psychotherapie	Bis zu 100 % Erstattung, je nach Tarif; max. 50 Sitzungen pro Kalenderjahr	**BeihilfeBest** Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe	Keine Leistung	100 % Erstattung, nur nach vorheriger Genehmigung; gebührenrechtliche Einschränkung auf den 1,8-fachen Gebührensatz	100 % Erstattung, max. 25 Sitzungen pro Kalenderjahr; nur nach vorheriger Genehmigung; Einschränkung auf den 1,8-fachen Gebührensatz
Stationär					
Erstattung über Höchstsätzen und Chefarztbehandlung	Ja	**BeihilfeBest** Chefarztbehandlung ist nicht erstattungsfähig. Belegärztliche Behandlung ist entsprechend der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig. Auch über die Höchstsätze hinaus. **BeihilfeKlinik** Erstattung Wahlarztbehandlung entsprechend der versicherten Tarifstufe	Erstattung privatärztliche Behandlung (Wahlarzt, Belegarzt) entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen	Nein. Erstattung der Regelleistung zu 100 %. Eigenanteil pro Tag für max. 28 Tage pro Kalenderjahr, keine Chefarztbehandlung	Nein. Erstattung der Regelleistung zu 100 %. Eigenanteil pro Tag für max. 28 Tage pro Kalenderjahr, keine Chefarztbehandlung
Zimmer	1-Bett, 2-Bett, 3- und Mehrbett, je nach Tarif	**BeihilfeBest** 3- und Mehrbett entsprechend der versicherten Tarifstufe **BeihilfeKlinik** Aufpreis 2-Bett entsprechend der versicherten Tarifstufe **BeihilfeEinbett** Aufpreis 1-Bett zu 100 %	Keine Leistung	3- und Mehrbett	3- und Mehrbett
Zahn					
Zahnbehandlung, Inlay und Professionelle Zahnreinigung (PZR)	Bis zu 100 % Erstattung, je nach Tarif	**BeihilfeBest** Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe	Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen	100 % Erstattung für Zahnbehandlung, beschränkt auf Versorgung auf GKV-Niveau; gebührenrechtliche Einschränkung	100 % Erstattung für Zahnbehandlung, 65 % Erstattung für Inlays; gebührenrechtliche Einschränkung
Zahnersatz und Kieferorthopädie (KFO)	Bis zu 80 % Erstattung, je nach Tarif	**BeihilfeBest** Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe	Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen	60 % Erstattung für Zahnersatz gemäß Regelversorgung analog der GKV; 80 % für KFO - nach Vollendung des 18. Lebensjahres nur in Ausnahmefällen	65 % Erstattung für Zahnersatz, 80 % für KFO nach Vorlage eines Heil- und Kostenplans, gebührenrechtliche Einschränkung
Implantate	Bis zu 80 % Erstattung, je nach Tarif	**BeihilfeBest** Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe	Erstattung entsprechend der versicherten Tarifstufe, tarifliche Einschränkungen	nein	65 % Erstattung für max. zwei Implantate im zahnlosen Unterkiefer

* Die Erstattungsprozentsätze in diesem Tarif gelten für Versicherte ohne Anspruch auf Beihilfe. Für Versicherte mit Beihilfeanspruch hängt die Leistungshöhe von der versicherten Leistungsstufe ab.

** Tarif BeihilfeErgänzungBest ist nur zusammen mit Tarif BeihilfeKlinik abschließbar

*** Der jährliche Selbstbehalt beträgt in Tarif STB bezogen auf eine Absicherung von 100% für Männer 500 Euro, für Frauen, Kinder und Jugendliche 306 Euro.