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.

Kann ich auch einen anderen Selbstbehalt vereinbaren?
Selbstverständlich. Wir bieten in unseren Tarifen KomfortKlasse, MedExtra und MedBest die SB-Stufen 0 Euro, 300 Euro, 600 Euro, 900 Euro, 1200 Euro und 1500 Euro an. In der PremiumKlasse gibt es hiervon abweichende Selbstbehaltsstufen in den ambulanten Tarifen. Unser Vorschlag orientiert sich an Ihrem aktuellen Versicherungsschutz.

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 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 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.

20-540 10.2026

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

ARAG

Private Krankenversicherung

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 Vollversicherte. 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

Alle Tarife der Krankenvollversicherung im Vergleich

	EinstiegsKlasse	KomfortKlasse	PremiumKlasse*	MedExtra	MedBest	Basistarif*	Standardtarif*
Ambulant							
Facharztbehandlung ohne Überweisung	80 % Erstattung	80 % Erstattung	Bis zu 100 % Erstattung je nach Tarif	100 % Erstattung	100 % Erstattung	100 % Erstattung, aber gebührenrechtliche Einschränkung	100 % Erstattung, aber gebührenrechtliche Einschränkung
Erstattung über Höchstsätzen	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein (Erstattung unter Regelhöchstsatz)	Nein (Erstattung unter Regelhöchstsatz)
Arzneimittel	80 % Erstattung bis 2.500 € pro Kalenderjahr, darüber 100 %; nur für verschreibungspflichtige Medikamente	80 % Erstattung bis 2.500 € pro Kalenderjahr, darüber 100 %; nur für verschreibungspflichtige Medikamente	Bis zu 100 % Erstattung je nach Tarif	100 % Erstattung	100 % Erstattung	100 % Erstattung, Zuzahlung von 6 € je Arzneimittel; nur für ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Arzneimittel	80 % Erstattung bis zum Erreichen des Selbstbehalts**, dann 100 %; nur für ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Arzneimittel
Heilmittel (z.B. Krankengymnastik)	80 % Erstattung bis 2.500 € pro Kalenderjahr, darüber 100 %; gemäß Heilmittelverzeichnis	80 % Erstattung bis 2.500 € pro Kalenderjahr, darüber 100 %; gemäß Heilmittelverzeichnis	Bis zu 100 % Erstattung je nach Tarif	80 % Erstattung bis 2.500 € pro Kalenderjahr, darüber 100 %	100 % Erstattung	100 % Erstattung, 2 € Zuzahlung je Heilmittel sowie 10 € je Verordnung; gemäß Heilmittelverzeichnis	80 % Erstattung bis zum Erreichen des Selbstbehalts**, darüber 100 %, gemäß Heilmittelverzeichnis
Hilfsmittel	80 % Erstattung bis 2.500 € pro Kalenderjahr, darüber 100 %	80 % Erstattung bis 2.500 € pro Kalenderjahr, darüber 100 %; ab 1.000 € Zusage erforderlich, sonst 80 % Erstattung für die funktionale Standardausführung	Bis zu 100 % Erstattung je nach Tarif, ab 1.000 € Zusage erforderlich, sonst 80 % Erstattung für die funktionale Standardausführung	100 % Erstattung; ab 1.000 € Zusage erforderlich, sonst 80 % Erstattung für die funktionale Standardausführung	100 % Erstattung; ab 1.000 € Zusage erforderlich, sonst 80 % Erstattung für die funktionale Standardausführung	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 Selbstbehalts**, darüber 100 %; geschlossener Hilfsmittelkatalog; Höchstgrenzen für bestimmte Hilfsmittel
Vorsorge	100 % (bei Einhaltung des Primärarztprinzips) für gezielte Vorsorgeuntersuchungen auf Grundlage gesetzlich eingeführter Programme	100 % (bei Einhaltung des Primärarztprinzips) für gezielte Vorsorgeuntersuchungen auf Grundlage gesetzlich eingeführter Programme; die im Vorsorge-Verzeichnis aufgeführten Maßnahmen sind unschädlich für Selbstbehalt und Pauschalerstattung	Bis zu 100 % Erstattung von gezielten ambulanten Vorsorgemaßnahmen; je nach Tarif	100 % für gezielte ambulante Vorsorgemaßnahmen; die im Vorsorge-Verzeichnis aufgeführten Maßnahmen sind unschädlich für Selbstbehalt und Pauschalerstattung	100 % für gezielte ambulante Vorsorgemaßnahmen; die im Vorsorge-Verzeichnis aufgeführten Maßnahmen sind unschädlich für Selbstbehalt und Pauschalerstattung	100 % für gezielte Vorsorgeuntersuchungen auf Grundlage gesetzlich eingeführter Programme	100 % für gezielte Vorsorgeuntersuchungen auf Grundlage gesetzlich eingeführter Programme
Heilpraktiker	80 % Erstattung bis max. 500 € pro Kalenderjahr, bis Mindestsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)	80 % Erstattung bis max. 500 € pro Kalenderjahr, bis Mindestsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)	Bis zu 100 % Erstattung je nach Tarif, bis Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)	100 % Erstattung bis max. 1.000 € pro Kalenderjahr, bis Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)	100 % Erstattung bis max. 2.000 € pro Kalenderjahr, bis Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)	Nein	Nein
Sehhilfen	100 % Erstattung, max. 150 € alle drei Jahre	100 % Erstattung, max. 150 € alle drei Jahre	Bis zu 100 % Erstattung je nach Tarif, max. 105 € für Fassungen, Kontaktlinsen bis zu 300 € innerhalb von 12 Monaten	100 % Erstattung, max. 300 € alle 24 Monate	100 % Erstattung, max. 600 € alle 24 Monate	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)	Nein	Nein	100 % Erstattung je nach Tarif, max. 1.000 € je Auge in der gesamten Vertragslaufzeit	100 % Erstattung bis zu 2.000 € innerhalb von 60 Monaten; nach Inanspruchnahme entfällt der Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen für 60 Monate, außer bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien.	100 % Erstattung bis zu 4.000 € innerhalb von 60 Monaten; nach Inanspruchnahme entfällt der Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen für 60 Monate, außer bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien.	Nein	Nein
Ambulante Psychotherapie	80 % Erstattung, max. 50 Sitzungen pro Kalenderjahr, nur nach vorheriger Genehmigung	80 % Erstattung, max. 50 Sitzungen pro Kalenderjahr	Bis zu 100 % Erstattung je nach Tarif, max. 50 Sitzungen pro Kalenderjahr	80 % Erstattung bis zur 30. Sitzung je Kalenderjahr, ab der 31. Sitzung 100 %	100 % Erstattung	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	Nein. Erstattung der Regelleistung zu 100 %. Auch für Belegärzte und Beleghebammen	Ja	Ja	Ja	Ja	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	3- und Mehrbett	1- oder 2-Bett	1-Bett, 2-Bett, 3- und Mehrbett, je nach Tarif	1- oder 2-Bett	1- oder 2-Bett	3- und Mehrbett	3- und Mehrbettzimmer
Zahn							
Zahnbehandlung, Inlay und Professionelle Zahnreinigung (PZR)	100 % Erstattung	100 % Erstattung	Bis zu 100 % Erstattung, je nach Tarif	100 % Erstattung	100 % Erstattung	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)	65 % Erstattung für Zahnersatz, 65 % für KFO nur für Personen unter 18	80 % Erstattung	Bis zu 80 % Erstattung, je nach Tarif	80 % Erstattung	90 % Erstattung	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	65 % Erstattung, für vier Zähne je Kiefer	80 % Erstattung, für vier Zähne je Kiefer	Bis zu 80 % Erstattung, je nach Tarif	80 % Erstattung	90 % Erstattung	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.

** Der maximale jährliche Selbstbehalt beträgt im Tarif STN für Männer 306 Euro, für Frauen, Kinder und Jugendliche 500 Euro.

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