ARAG Krankenversicherungs-AG · Postfach 82 01 73 · 81801 München

**ARAG Kranken-
versicherungs-AG**

Hollerithstraße 11
81829 München

Commerzbank AG
München
IBAN:
DE98700800000564460400
BIC:
DRESDEFF700

Beitragsanpassung für Ihre Krankenversicherung
Versicherungsschein-Nr.

Datum
11.11.2026

Telefon
(089) 4124-8282

Fax
(089) 4124-9525

Internet
www.ARAG.de

Guten Tag ,

wir freuen uns, dass Sie wie mehr als 13 Millionen andere Menschen den Versicherungsprodukten des ARAG Konzerns vertrauen. Mit diesem Vertrauen geht für uns die Verantwortung einher, Ihren Versicherungsschutz langfristig auf einem hohen Niveau zu sichern. Die Gesundheitsausgaben sind in Deutschland in den letzten drei Jahren um fast 80 Milliarden Euro gestiegen. Umso wichtiger ist es, einen starken Partner für Ihre Gesundheitsversorgung an der Seite zu haben. Dank Ihrer privaten Krankenversicherung bei der ARAG erhalten Sie einen hochwertigen Gesundheitsschutz und einen unkomplizierten Zugang zu qualifizierten medizinischen Fachkräften und Einrichtungen.

Damit wir Ihnen diese Sicherheit auch in Zukunft ermöglichen können, ist es erforderlich, Ihren Beitrag anzupassen. Der geänderte Beitrag gilt ab dem 01. Januar 2027. Die Details entnehmen Sie bitte dem beigefügten Nachtrag zu Ihrem Versicherungsschein. Die Gründe für die Beitragsanpassung erläutern wir Ihnen im Abschnitt "Hinweise zur Beitragsänderung". Weitere Informationen und Antworten auf häufige Fragen finden Sie auch auf unserer Internetseite.

Alles Wichtige zur Beitragsanpassung:
www.ARAG.de/Kundeninfo

An Ihrer Zahlungsweise ändert sich nichts. Wir buchen die Beiträge termingerecht von Ihrem Konto ab. Informationen zum SEPA-Lastschrifteinzug haben wir Ihnen beigelegt.

Wenn Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns einfach an. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Aufsichtsratsvorsitzender:
Dr. Renko Dirksen
Vorstand: Dr. Roland Schäfer (Sprecher),
Dr. Matthias Effinger,
Dr. Jan Moritz Freyland,
Dr. Felicitas Hoppe
Sitz und Registergericht:
München, HRB 69751
USt-ID-Nr.: DE 811 322 452

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Matthias Effinger Dr. Roland Schäfer

Gut zu wissen: Ihre Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung werden von uns elektronisch an das Bundeszentralamt für Steuern gemeldet und dort dem Arbeitgeber zum Abruf bereit gestellt. Eine Information über die gemeldeten Werte erhalten Sie von uns noch im November, sofern Sie der Meldung nicht widersprochen haben.

ARAG Kranken-
versicherungs-AG

Nachtrag zum Versicherungsschein

Versicherungsnehmer: , geb.
Versicherungsschein-Nr.:

Versicherte Leistungen für

, geb.

Beginn bzw. Änderung der Versicherung		Versicherungsart	Tarif	Tagessatz in EUR	Tarifbeitrag in EUR	Gesetzlicher Zuschlag (+) in EUR	Zuschlag (+) Rabatt (-) in EUR	Besondere Vereinbarungen	Beitrag in EUR
01.01.2027	#	BeihilfeBest	*BHB50H		439,11		+ 9,44 - 127,31	1) 2)	**321,24**
01.01.2026	#	BeihilfeKlinik	BHK35		19,87		- 8,67	2)	**11,20**
01.01.2026	#	Pflegepflicht	PVB		70,53		- 17,06	3)	**53,47**
01.01.2025		Krankenhaustagegeld	11	15,34	7,85		- 4,96		**2,89**

Bei den mit * gekennzeichneten Tarifen hat sich eine Beitragsveränderung ergeben.

Die mit # gekennzeichneten Tarife basieren auf einer geschlechtsunabhängigen Beitragskalkulation.

Monatlicher Gesamtbeitrag in Euro

bisher	**359,59**
ab 01.01.2027	**388,80**

In Deutschland ist der Beitrag nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 Buchstabe b) Versicherungsteuergesetz unter den dort genannten Voraussetzungen steuerfrei. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, ist der Beitrag insoweit grundsätzlich versicherungsteuerpflichtig.

Versicherungsbeiträge unterliegen gemäß § 4 Nr. 10 Umsatzsteuergesetz nicht der Umsatzsteuer.

Besondere Vereinbarungen

Die folgende(n) Vereinbarung(en) gelten für die Tarife, die in der Tabelle oben mit der jeweiligen Ziffer gekennzeichnet sind.

1) Durch den im Gesamtbeitrag enthaltenen Zuschlag besteht auch für die uns bekannten Zahnschäden Versicherungsschutz.

2) Für folgende Mehrleistung im stationären Leistungsbereich des Tarifs BeihilfeBest besteht ein Leistungsausschluss:
   - Kur- und Sanatoriumsbehandlungen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen mit dem gesetzlichen Rehabilitationsträger Beihilfe gemäß Ziffer 3 c) der Tarifbeschreibung des Tarifs BeihilfeBest (Teil III B. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Erstattungsfähige Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen werden weiterhin bis zur Dauer von 28 Tagen nach der Tarifbeschreibung "Tarif 240, 2410, 241-247: Stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer" geleistet. Hierbei wird der Tagessatz derjenigen Leistungsstufe herangezogen, deren Erstattungsprozentsatz dem der Tarifstufe des Tarifs BeihilfeBest zum Leistungszeitpunkt entspricht.

3) Für die private Pflege-Pflichtversicherung gelten die Rechte des Neubestandes. Demnach darf der Beitrag den halben Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen.

Vertragsbestandteil

Bestandteile dieses Vertrages sind der Antrag, Teil I und II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Tarifbeschreibungen in Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die vereinbarten Tarife, sowie der Versicherungsschein (inklusive etwaiger Nachträge) mit den darin eventuell genannten Besonderen Bedingungen und besonderen Vereinbarungen.

München, den 11.11.2026

Dr. Matthias Effinger Dr. Roland Schäfer

Hinweise zur Beitragsänderung

Warum ändern sich Ihre Beiträge?
In der nachfolgenden Übersicht finden Sie eine Zusammenfassung der jeweiligen Gründe, die zu einer Beitragsänderung in Ihren Tarifen ab dem 01.01.2027 geführt haben:

, geb.

Tarif		Versichertengruppe (Beobachtungseinheit)	Grund der Beitragsänderung	Differenz-betrag in EUR	Neuer Beitrag in EUR
BHB50H	#	Erwachsene	Änderung der Rechnungsgrundlagen	+29,21	321,24

Die mit # gekennzeichneten Tarife basieren auf einer geschlechtsunabhängigen Beitragskalkulation.

Welche Hintergründe hat Ihre Beitragsänderung?

Änderung der Rechnungsgrundlagen
Als ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung vergleichen wir gemäß dem gesetzlich festgelegten Verfahren zur Beitragsanpassung mindestens einmal jährlich bei jedem Tarif für feststehende Versichertengruppen (Beobachtungseinheit) gesondert, ob

- die Höhe der erforderlichen Versicherungsleistungen von den kalkulierten Versicherungsleistungen nicht nur vorübergehend um mehr als fünf Prozent (vertraglicher Schwellenwert) abweicht oder
- die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten um mehr als fünf Prozent (gesetzlicher Schwellenwert) abweichen.

Man bezeichnet das Verhältnis der erforderlichen zu den kalkulierten Versicherungsleistungen als "Auslösenden Faktor Versicherungsleistungen" und das Verhältnis der erforderlichen zu den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten als "Auslösenden Faktor Sterbewahrscheinlichkeiten".

Bei wenigstens einem der von Ihnen abgeschlossenen Tarife ist die Voraussetzung für die Überprüfung aller Rechnungsgrundlagen erfüllt. Das heißt, bei mindestens einem der beiden Auslösenden Faktoren liegt eine Überschreitung des jeweiligen Schwellenwerts von fünf Prozent vor. Die jeweiligen Auslösenden Faktoren haben wir in der folgenden Tabelle dargestellt.

Bitte beachten Sie, dass das gesetzlich festgelegte Verfahren zur Ermittlung des Auslösenden Faktors bei Überschreiten der festgelegten Schwellenwerte lediglich ein Auslöser dafür ist, dass sämtliche tariflichen Rechnungsgrundlagen überprüft werden müssen. Es handelt sich daher lediglich um eine Vorstufe der eigentlichen Überprüfung aller Rechnungsgrundlagen.

Tabelle zu den **Auslösenden Faktoren** und den maßgeblichen **Schwellenwerten**:

Tarif	Versichertengruppe (Beobachtungseinheit)	Abweichung der Versicherungsleistungen > 5% bzw. < -5%	Abweichung der Sterbewahrscheinlichkeiten > 5% bzw. < -5%
BHB50H #	Erwachsene	X	-

Erläuterung:
"X": Der angegebene Schwellenwert wurde überschritten.
"-": Der angegebene Schwellenwert wurde nicht überschritten.

Die mit # gekennzeichneten Tarife basieren auf einer geschlechtsunabhängigen Beitragskalkulation.

Daraufhin hat der Verantwortliche Aktuar der ARAG Krankenversicherungs-AG die Notwendigkeit und das Ausmaß einer Beitragsanpassung für die jeweils betroffenen Tarife bewertet. Die hierfür erforderliche Überprüfung aller Rechnungsgrundlagen (insbesondere Storno- und Sterbewahrscheinlichkeiten, Versicherungsleistungen, Rechnungszins und Kosten) ergab die Notwendigkeit einer Beitragsanpassung. Die erforderliche Bewertung und die Zustimmung zur Beitragsanpassung des vom Gesetz vorgesehenen und vom Unternehmen unabhängigen mathematischen Treuhänders liegen vor.
Welche Auswirkungen dabei die Änderung der maßgeblichen Rechnungsgrundlagen auf Ihre Tarife bzw. Ihren Tarif hat, haben wir im Folgenden für Sie zusammengefasst. Bitte beachten Sie, dass die in der Tabelle enthaltenen Angaben immer die Gesamtheit der Ihnen zugeordneten Versichertengruppe (Beobachtungseinheit) des Tarifs darstellt. Im Hinblick auf Ihren persönlichen Vertrag können die in der Tabelle angegebenen Informationen daher abweichen.

Tabelle zu den Rechnungsgrundlagen

Tarif		Versichertengruppe (Beobachtungseinheit)	Sterbe-wahrschein-lichkeit	Storno-wahrschein-lichkeit	Versicherungs-leistungen	Rechnungs-zins	Kosten
BHB50H	#	Erwachsene	+	+	++	-	+

Die mit # gekennzeichneten Tarife basieren auf einer geschlechtsunabhängigen Beitragskalkulation.

+++	deutlich beitragssteigernd
++	moderat beitragssteigernd
+	gering beitragssteigernd
0	keine Veränderung
-	gering beitragssenkend
--	moderat beitragssenkend
---	deutlich beitragssenkend

Hinweis zum Kündigungsrecht bei Änderung der Rechnungsgrundlagen:
Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person gemäß § 205 Abs. 4 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden soll. Zudem ist eine Kündigung des Versicherungsverhältnisses bei einer Beitragserhöhung auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung möglich.
Für Krankheitskostenvollversicherungen gilt zusätzlich:
Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden. Dies ist in § 205 Abs. 6 VVG geregelt.
Für Pflege-Pflichtversicherungsverträge gilt zusätzlich:
Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird die Kündigung erst wirksam, wenn Sie innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
Nähere Informationen zu Ihrem Kündigungsrecht entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihres Vertrags.

Vorschlag zur Umstellung Ihres Versicherungsschutzes
für Tarife mit Mehrleistungen (neue Gesundheitsprüfung erforderlich)

ARAG Kranken-versicherungs-AG

Für: , geb.
Versicherungsschein-Nr.
Aktueller Versicherungsschutz: BeihilfeBest

Der Beitrag für Ihre Versicherung wird sich zum 01. Januar 2027 erhöhen. Wir möchten Ihnen daher die Möglichkeit geben, in einen günstigeren Tarif zu wechseln. Konkrete Vorschläge für Ihren Versicherungsschutz finden Sie auf den folgenden Seiten. Nutzen Sie gerne die beiliegende Broschüre für einen Leistungsvergleich. Auf unserer Internetseite finden Sie außerdem eine ausführliche Gegenüberstellung der angebotenen Tarife.

Hier finden Sie einen detaillierten Leistungsvergleich!

So funktioniert der Tarifwechsel

- Am schnellsten gelingt der Wechsel, wenn Sie uns den Vorschlag und das beiliegende Formular mit Gesundheitsfragen ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden.
- Abhängig von Ihren Gesundheitsangaben kann es zu individuellen Vereinbarungen wie einem Risikozuschlag oder einem Ausschluss von einzelnen oder allen Mehrleistungen kommen.
- Nach Eingang der vollständigen Unterlagen prüfen wir, zu welchen Bedingungen der gewünschte Tarifwechsel möglich ist und kommen unaufgefordert wieder auf Sie zu.

Gut zu wissen:
Sollten Sie sich für einen brancheneinheitlichen Tarif (Standard- oder Basistarif) entscheiden, brauchen Sie uns nur den dazugehörigen Vorschlag unterschrieben zurückzusenden. Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sind vorerst nicht erforderlich.

(Vorschläge zum Tarifwechsel erhalten alle privat krankenvollversicherten Kunden mit einer Beitragserhöhung, wenn Sie im Jahr 2027 mindestens 61 Jahre alt werden).

ARAG Krankenversicherungs-AG
Vertragsservice
Postfach 82 01 73 · 81801 München

**ARAG Kranken-
versicherungs-AG**

**Unser Vorschlag für den Basistarif
mit Leistungseinschränkungen gegenüber Ihrem aktuellen Tarif:**

Für: , geb.

Bitte ankreuzen	Umstellung in	neuer monatl. Beitrag	bisherige jährl. Selbstbeteiligung	bisheriger monatl. Beitrag für Tarif BHK35, BHB50H
☐	**Basistarif*** Tarif B0B5035	325,58 Euro	0,00 Euro	332,44 Euro

* Der Basistarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif.

Bitte beachten Sie für den Basistarif auch die Hinweise in der Broschüre.

_____ _____

Ort, Datum Versicherungsnehmer (VersNr.:)

Hinweise zum Tarifwechselrecht

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 204 Tarifwechsel

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart. Bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen. Der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn
   a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder

   b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder

   c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde.

   ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer
   a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde,

   b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

(2) Ist der Versicherungsnehmer auf Grund bestehender Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch nach dem 15. März 2020 in den Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gewechselt und endet die Hilfebedürftigkeit des Versicherungsnehmers innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel, kann er innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit in Textform vom Versicherer verlangen, den Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortzusetzen, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war. Eintritt und Beendigung der Hilfebedürftigkeit hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers durch geeignete Unterlagen nachzuweisen; die Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gilt als Nachweis. Beim Wechsel ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Basistarif stand; die im Basistarif erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen sind zu berücksichtigen. Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung des Vertrages in diesem Tarif. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Versicherungsnehmer, bei denen allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entstehen würde. Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 letzter Teilsatz gilt nicht.

(3) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

(4) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.

(5) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

ARAG Krankenversicherungs-AG · Postfach 82 01 73 · 81801 München

Information zum SEPA-Lastschrifteinzug

Der regelmäßige Beitrag zu diesem Vertrag beträgt 388,80 Euro. Dieser Betrag wird monatlich erstmalig zum 01.01.2027 von folgendem Konto abgebucht:

Aus Sicherheitsgründen sind nur die letzten 4 Ziffern Ihrer Bankverbindung angegeben.

Die SEPA Lastschriften erfolgen zur Mandatsreferenz zu der Gläubiger Identifikationsnummer DE70ZZZ00000009476. Mandatsgeber für dieses Lastschrift-Mandat ist .

Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Matthias Effinger Dr. Roland Schäfer