

Hollerithstraße 11
81829 München

Commerzbank AG
München
IBAN:
DE98700800000564460400
BIC:
DRESDEFF700

Anpassung Ihrer Krankentagegeld-Versicherung Versicherungsschein-Nr.

Sehr geehrte Frau

mit unserer Krankentagegeld-Versicherung können Sie weiterhin auf eine optimale Ergänzung der Krankenversicherung vertrauen. Damit die Absicherung auch in Zukunft Ihrem Bedarf entspricht, sind im Tarif KTplus alle drei Jahre Leistungsanpassungen vorgesehen.

In diesem Jahr ist es wieder soweit: Zum 01.08.2021 erhöhen wir den Tagessatz und passen ihn an die Entwicklung des Verbraucherpreisindex der letzten drei Jahre an. Dies erfolgt - **ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeiten** - und gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

Im beigefügten Nachtrag zum Versicherungsschein finden Sie den neuen, erhöhten Tagessatz und den neuen Beitrag, der ab dem 01.08.2021 für Ihren Tarif KT-plus gilt.

Sie möchten nicht, dass wir Ihr Krankentagegeld erhöhen? Dann können Sie der bedingungsgemäßen Anpassung bis zum 01.09.2021 in Textform widersprechen.

Bitte beachten Sie:

Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus Ihrer beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen.

Sollten Sie bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen eine Krankentagegeldversicherung haben, empfehlen wir Ihnen dringend, die Einwilligung des anderen Versicherers für die Erhöhung des ARAG Krankentagegeldes im Tarif KT-plus einzuholen. Ansonsten gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz aus der anderen privaten Krankentagegeldversicherung.

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

Datum
16.06.2021

Ihr Ansprechpartner
Vertragsservice

Telefon
(089) 4124-8200

Fax
(089) 4124-9525

e-Mail/Internet
anfrage-kv
@ARAG.de
www.ARAG.de

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

Bei Fragen rund um Ihre **Sicherheit und Vorsorge** wenden Sie sich bitte an **ARAG Geschäftsstelle Westerwald, Saynstr. 4, 57610 Altenkirchen, Tel.: (02681) 879210.**

Damit wir sicherstellen, dass Sie immer von einem kompetenten Ansprechpartner betreut werden, stellen wir den Kolleginnen und Kollegen in der Geschäftsstelle Ihre für die Beratung notwendigen Daten zur Verfügung. Diese finden Sie unter www.ARAG.de/vor-ort. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, schreiben Sie bitte an ARAG SE, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Matthias Effinger



Dr. Roland Schäfer

Nachtrag zum Versicherungsschein

Versicherungsnehmer: ..
Versicherungsschein-Nr.:

Versicherte Leistungen für

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
01.08.2021 #	Krankentagegeld	*KTplus	15,56	7,56		- 0,67	1)	6,89

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

Die mit # gekennzeichneten Tarife basieren auf einer geschlechtsunabhängigen Beitragskalkulation.

Monatlicher Gesamtbeitrag in Euro
01.07.2018 bis 31.07.2021
ab 01.08.2021

6,62
6,89

Besondere Hinweise

In Deutschland ist der Beitrag nach § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz steuerfrei.

Besondere Vereinbarungen

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

- 1) Für diesen Tarif gelten für die Erhöhung des Tagessatzes aufgrund der Leistungsanpassung keine Wartezeiten.

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 16.06.2021



Dr. Matthias Effinger



Dr. Roland Schäfer

Information zum SEPA-Lastschriftinzug

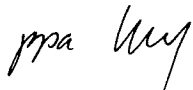
Der regelmäßige Beitrag zu diesem Vertrag beträgt Euro. Dieser Betrag wird monatlich erstmalig zum 01.08.2021 von folgendem Konto abgebucht:

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

Die SEPA Lastschriften erfolgen zur Mandatsreferenz zu der
Gläubiger Identifikationsnummer Mandatsgeber für die-
ses Lastschrift-Mandat ist i.

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

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Matthias Effinger ppa. Sabine Wolf

SEPA-Lastschrift-Mandat

zum Vertrag

Mandatsreferenz:

Kontoinhaber Name, Vorname, Titel

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die ARAG Krankenversicherungs-AG Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der ARAG Krankenversicherungs-AG auf mein (unserem) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Um mir (uns) eine Disposition meines (unseres) Bankkontos zu ermöglichen, informiert mich(uns) die ARAG mit der Jahresrechnung spätestens 5 Kalendertage vor dem Abbuchungszeitpunkt ("Pre-Notification").

Kreditinstitut Name

IBAN

Die IBAN haben wir aus datenschutzrechtlichen Gründen teilweise unkenntlich gemacht.
BIC

Zahlungsempfänger ARAG Krankenversicherungs-AG
Hollerithstraße 11, 81829 München
Gläubiger-Identifikationsnummer:

Datenschutz

Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig, ebenso die Sicherheit bei der Datenverarbeitung. Informationen gem. der Datenschutzgrundverordnung zum Umgang mit personenbezogenen Daten finden Sie unter www.ARAG.de/ds-infos. Gerne können Sie diese auch bei uns in Papier anfordern.

**Unterschrift
Kontoinhaber/
Bevollmächtigter** Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber / Bevollmächtigter

München, 16.06.2021 Das Mandat wurde ohne Unterschrift erteilt
Eine Rücksendung ist nicht erforderlich